



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional

Recife/PE,
2013

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Promoção da Saúde e Serviço Social:
uma análise do debate profissional

Tese de doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da
Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Valdilene Viana Schmaller

Recife/PE

2013

Catálogo na fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

V331p Vasconcelos, Kathleen Elane Leal.
Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional /
Kathleen Elane Leal Vasconcelos. - Recife: O Autor, 2013.
349 folhas : il. 30 cm.
Orientadora: Profa. Dra. Valdilene Viana Schmaller.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCSA, 2013.
Inclui referências e apêndice.
1. Promoção da saúde. 2. Movimento de reforma sanitária. 3. Serviço
Social. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Prática profissional. I. Schmaller,
Valdilene Viana (Orientadora). II. Título.
362.1 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 – 047)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO

Ata da Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, Às duas horas do dia vinte e nove de abril de dois mil e treze, no anfiteatro do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de tese intitulada: **"Promoção da Saúde e Serviço Social: Uma análise do Debate Profissional."** de autoria da Doutoranda, **Kathleen Elane Leal Vasconcelos** a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Doutor em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número 23076.014260/2013-15, foi constituída pelos seguintes Professores: **Valdilene Pereira Viana Schmaller, Doutora em Serviço Social**, Orientadora e Examinadora Interna; **Vera Maria Ribeiro Nogueira, Doutora em Enfermagem**, Examinadora Externa; **Raquel Cavalcante Soares, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Dr.ª. Maria Dalva Horácio da Costa, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Dr.ª. Mônica Rodrigues Costa, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Moema Amélia Serpa Lopes de Souza, Doutora em Serviço Social**, Suplente Externa; **Maria das Graças e Silva, Doutora em Serviço Social**, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a Dr.ª. Valdilene Pereira Viana Schmaller presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Tese. Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu... Aprovada a tese com as seguintes menções: Dr.ª. Valdilene Pereira Viana Schmaller: Aprovado; Dr.ª. Vera Maria Ribeiro Nogueira: Aprovada; Dr.ª. Raquel Cavalcante Soares: Aprovada; Dr.ª. Maria Dalva Horácio da Costa: Aprovado; Dr.ª. Mônica Rodrigues Costa: Aprovada. E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito, Recife, 29 de abril de 2013.

BANCA:

Prof. Dr.ª. Valdilene Pereira Viana Schmaller

Prof. Dr.ª. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Prof. Dr.ª. Raquel Cavalcante Soares

Prof. Dr.ª. Maria Dalva Horácio da Costa

Prof. Dr.ª. Mônica Rodrigues Costa

DOUTORA:

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

AGRADECIMENTOS

Ao concluir o curso de doutorado, constato as dores e as delícias que estiveram presente nessa trajetória: a ampliação dos horizontes teóricos; a volta à condição efetiva de estudante; a satisfação de me sentir como uma artesã, ao tecer esse trabalho; mas também a renúncia de tanta coisa em nome da tese; as muitas horas de solidão; as lágrimas e desesperos diante dos inúmeros desafios da pesquisa e do cansaço físico e mental dela advindos.

Durante esse período de quatro anos, além da possibilidade do amadurecimento intelectual proporcionado pelo curso, houve também uma ampliação das objetivações, bem como a vivência de profundas alterações interiores. Todo esse processo, enquanto epítome, teve a contribuição de diversas pessoas, algumas mais próximas, outras mais distantes; algumas com as quais convivemos nos últimos anos, outras que deixaram marcas em momentos anteriores. A todas elas que, conscientemente ou não, contribuíram com essa caminhada, meus mais sinceros agradecimentos.

Ainda que num contexto em que ciência e fé parecem tão distantes, inicio expressando minha gratidão a Deus. Faço isso consciente de que a dimensão da espiritualidade, mais que restrita a um âmbito privado de nossas vidas, faz parte da nossa integralidade enquanto indivíduos sociais e se refere a algo que, “acima de todo o saber/ de todo o crer/ toda razão/ Além de toda a compreensão/ de todo esforço sério/ de toda a investigação/ habita em nós (...). Mistério” (Jorge Camargo). Mistério que se materializou no Verbo Encarnado, Jesus Cristo, profunda inspiração para a luta por um mundo mais justo.

Aos meus pais, por tudo que fizeram por mim. A Luiz Cláudio, meu pai, solitário poeta, que me ensinou valores preciosos. Apesar de sua seriedade e silêncio, soube expressar cuidado e amor, especialmente em nossa infância. A minha mãe, Uilma, irrequieta guerreira, que doou sua vida, juventude e imensa criatividade no cuidado com as/os filhas/os; por sua força, apoio e incentivo, imprescindíveis para o trilhar de minha caminhada.

Às minhas preciosas irmãs Kátia e Tássia, amigas de todas as horas, pelas confidências, conselhos, repreensões, afeto, companheirismo. Aos meus irmãos Daniel e Jean, que, apesar dos “aperreios” que me fizeram passar (enquanto irmã mais velha assumindo o papel de “mãe”), tem sido afetuosos e vivenciado um amadurecimento do qual me orgulho.

Aos meus cunhados Lenilson e Ravic, pelo companheirismo, e também por possibilitarem nossos maiores presentes: a existência das crianças. Às minhas doces sobrinhas Kamilly, Ivna e Rayane, que “andam de pantufas em meu coração” e, apesar da distância, tem enchido minha vida de ternura e amor. Ao pequeno Luigi (que tive a alegria de acolher em seus momentos iniciais de chegada ao mundo), que, com sua peraltice, tem alegrado os dias de minha família e também os meus.

Ao meu amado esposo, Jônatas (que conheci durante o doutorado), por trazer música e poesia para minha vida. Agradeço pelo apoio incondicional; pelo companheirismo e amor que se materializam em atos cotidianos de cuidado; pela compreensão e paciência com meu cansaço; pela curiosidade irrequieta, verdadeiramente contagiosa; pela contribuição na tese com seus conhecimentos tecnológicos e da ciência da informação, inclusive na revisão do texto; sem esquecer as massagens, fundamentais para amenizarem as dores de um corpo às vezes extenuado pelas horas de estudo.

A minha querida orientadora, Valdilene Viana, pela seriedade, compromisso e dedicação que perpassaram todo o processo de orientação. Gratidão especial pela compreensão diante de minhas numerosas inquietações, pelo respeito às minhas reflexões e pela liberdade proporcionada para que eu pudesse trilhar meu próprio caminho investigativo.

Às componentes da banca examinadora, Dalva Horário, Mônica Costa, Raquel Soares e Vera Nogueira, pela leitura cuidadosa e atenta e pelas preciosas contribuições para a tessitura desse trabalho. Gratidão especial a esta última, pela prestimosidade constante e por aceitar se deslocar de tão longe para participar da avaliação final da tese.

À Dalva, com quem tenho aprendido lições fundamentais de vida, de profissão e de compromisso com a Saúde Coletiva, por ter abraçado como suas as minhas indagações investigativas e contribuído de forma incisiva para a tessitura dessa tese, em todas as etapas desse trabalho; a Maurício e Elisa, que com carinho tem nos recebido em sua casa.

À Marly Dias (mesmo sem me conhecer) e à Moema Serpa, por terem aceitado o convite de participar, como suplentes, da banca examinadora. A esta última, sou grata também pelas contribuições para o projeto de seleção do doutorado.

À Valéria Correia e Inês Bravo, pelas interlocuções em momentos anteriores à entrada no curso de doutorado, especialmente à primeira, que também discutiu comigo o projeto da seleção do doutorado. Agradeço também a ambas também pela disponibilidade - ainda que em meio a tantas demandas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde - em participar das entrevistas de nossa coleta de dados (que, infelizmente, por problemas operacionais, não puderam ser utilizadas nesse estudo).

A Sandra, Artur e Sofia; Genilde, Roberto e Guadalupe, famílias que tem concretizado em minha vida as palavras de Capiba: “(...) Amigo a gente acolhe, recolhe e agasalha (...) / e oferece lugar pra dormir e comer / Amigo que é amigo (...) oferece pra gente o melhor que tem e o que nem tem / quando não tem, finge que tem / faz o que pode e o seu coração reparte que nem pão”.

À família ampliada que encontrei em Recife: Mauricélia, Adelina (minha “irmã” por adoção, cuja mãe, Dona Cida, também me acolheu calorosamente) e Patrícia, que a vida fez com que morássemos no mesmo espaço e que construíssemos um relacionamento pautado no cuidado mútuo e na amizade. Como em toda família, também houve alguns desencontros, mas os momentos que vivenciamos no apê 204 estarão sempre em nossa memória. Agradeço pelo carinho, pela força, pelo incentivo, pela amizade sincera.

Aos nossos vizinhos preferidos, Lailson e D. Inês, que, além da solidariedade constante e do amoroso acolhimento, tem conosco compartilhado histórias e comidas do Piauí.

As(os) que fazem Aliança Bíblica Universitária (ABU) e a Rede Fale, movimentos com o qual aprendi inúmeras lições acerca da “fé que pensa, razão que crê”. As(os) amigas(os), de diversos locais, que encontrei na caminhada dos últimos anos, especialmente: Diogo, Jônatas Bezerra (e seus pais, Jacira e Marcos), Esdras, Michelinne, Jeferson, Eduardo (Dudu), Ângela, Kelison, Felipe, Daniel, Marília, Caio, Viviane, Priscila, Nilsa, André Cartaxo, Taciana. A Robinson Cavalcanti, *in memoriam*, pelas preciosas indicações e pelo constante apoio. Gratidão especial a Danila, Wildeijane e Júnior, da ABU Garanhuns, pelos preciosos momentos que vivenciamos e pelos laços que construímos.

Ao pr Silvandro, Helenilda e filhas/os, que nos acolheram, apoiaram, cuidaram de nós e nos ensinaram a buscar construir um novo sentido de comunidade.

Às(os) colegas da turma de doutorado, particularmente Aione, Alessandra, Glória, José Mário, Miriam e Tereza, pelo compartilhamento do cotidiano e dos desafios do curso.

Às colegas do Departamento de Serviço Social da UEPB (especialmente Cida, Fran, Jordeana, Lúcia, Cleomar, Moema, Mônica, Marília, Patrícia e Thereza), pelo apoio durante nosso período de afastamento e pela calorosa (re)acolhida.

A todas/os docentes que passaram pela minha vida, desde D. Severina, minha primeira professora; passando pelas/os do colégio Regina Coeli e do CERU, em Limoeiro/PE; aas/os que convivi durante a graduação em Serviço Social e no mestrado em Sociologia, ambos na UFPB; aas/os professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE com as/os quais tive a oportunidade de cursar disciplinas, especialmente Dênis Bernardes, pessoa extremamente séria e generosa, cuja partida definitiva me deixou dolorosa saudade.

Gratidão especial a meus eternos mestres: Alder Calado, pela amizade, pelo envolvimento com a luta pela transformação social, pelo incentivo à saída para o doutorado; e Eliana Moreira, pela amizade e afeto, pelas preciosas lições para minha vida acadêmica, resultantes de sua rigorosa orientação na monitoria e no mestrado e do seu compromisso com uma formação profissional de qualidade.

As/os discentes da UEPB com quem tive a oportunidade de conviver nos componentes curriculares (especialmente aquelas turmas que se fizeram extremamente queridas), na pesquisa, na monitoria, pelas inúmeros lições aprendidas, pelo compartilhar de inquietações e por manterem viva em mim o desejo de vivenciar a concepção de uma formação acadêmica que ultrapasse a sala de aula e que traga repercussões significativas para a forma de vida de cada uma/um das/os envolvidas/os nesse processo.

Aos meus familiares que contribuíram de alguma forma para minhas conquistas: meus avós e avôs (Augusto, *in memorian*, Nevinha, Expedito e Adalva), meus tios Rinaldo (*in memorian*), Ailma, Cleber e filhas/os; Ronaldo e Lôra e filhas/os; Rosalvo, Magdala e filhas/os e Severina e Zé Brito; Eliane e Gerson e filhas/os.

À família de Jônatas, que tem me recebido como uma filha.

À Débora Keline e Flávia, pelo diálogo franco, a disponibilidade constante e o carinho.

Às “meninas do [verdadeiro] PSF”, a quem muito admiro pela garra e compromisso, com quem muito tenho aprendido profissionalmente e em termos de lição de vida: Ana Fábria, Berenice, Conceição, Geovana, Gilcélia, Joselita, Lucieuda, Marina, Margarete, Rebeca, Terezinha. A outras(os) preciosas(os) amigas(os) advindas da vivência na Saúde da Família: Vânia, Rosa, André e Fernanda. À Cristina Peret, pelo compartilhar de inquietações intelectuais, algumas das quais, sem que ela nem mesmo soubesse, se tornaram também minhas.

Às amizadas que foram construídas a partir de Passira/PE, terra de parte da minha infância e adolescência, pela solidariedade constante: Bernadete, D. Maria, Erykeith, Risoneide, Mecleine, Mônica, Mirian e Elson, Suzana e Alex, Gracinha e família.

À ACEV, nas pessoas do Pr Wóstenes e Gleydice, pelo apoio constante, apesar da distância.

À IPH, em Garanhuns, pela acolhida durante o tempo de estadia por lá.

À Carol, Nicinha, Roseane, Cibelly e Luciana Batista, pela amizade e torcida, ainda que distante.

À Rosa (e à Josiane), pelas contribuições, fundamentais nos últimos meses, no cuidado com as questões domésticas.

Ao Comando de Greve da UEPB (no qual mergulhei antes mesmo da defesa da tese), grupo extremamente heterogêneo, com o qual tenho conhecido melhor a realidade de minha universidade, bem como tido lições de compromisso com um outro projeto de universidade: ética, de qualidade e socialmente referenciada; especialmente a Jackeline, Morgana, Rosângela, Tiago e Valderi.

À CAPES, ao CNPQ e à Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, pelo apoio institucional.

*[...] Direito à saúde significa a **garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde**, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, há simultaneamente, **necessidade do Estado assumir uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais**, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais pela população (Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde, 1986 – grifos nossos).*

RESUMO

A Promoção da Saúde (PS) vem adquirindo destaque no âmbito das políticas públicas, sob a regência da Organização Mundial de Saúde, processo que configura um verdadeiro movimento internacional, atualmente denominado Nova Promoção da Saúde (NPS). Os termos da discussão são aparentemente inovadores e progressistas, contrapondo-se ao modelo biomédico. No entanto, constituem um verdadeiro caleidoscópio, estando associados a distintos interesses políticos, alguns dos quais relacionados ao social-liberalismo e à busca de uma nova hegemonia na cena contemporânea. As proposições da NPS se imiscuíram no Sistema Único de Saúde (SUS), colocando requisições para o trabalho no setor sanitário. Demandas relativas à PS são colocadas ao Serviço Social em diversos espaços ocupacionais e formativos da citada área. O objetivo geral desse trabalho foi analisar as tendências da PS no debate profissional do Serviço Social. Os objetivos específicos foram identificar e examinar as perspectivas teóricas da Promoção da Saúde que permeiam o debate profissional do Serviço Social e avaliar como os (as) autores(as) da área de Serviço Social apreendem a promoção da saúde e sua relação com a profissão. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Na coleta dos dados, utilizou-se a pesquisa bibliográfica junto a periódicos de referência da área e aos anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), dos quais foram analisados cento e doze (112) artigos. Para análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo. Constatou-se que o debate teórico-político e conceitual sobre PS/NPS não aparece com densidade no Serviço Social: em boa parte dos artigos analisados, a noção de PS aparece em sentido bastante genérico; vem ocorrendo uma reprodução acrítica do discurso da NPS ou do Ministério da Saúde (MS) sobre a PS; frequentemente os termos PS, prevenção e educação em saúde são usados como sinônimos, apesar de todo o arcabouço teórico-político ao qual se vinculam; em alguns textos, em lugar da referência à PS, ocorre uma ênfase na prevenção ou na educação em saúde no debate profissional; a crítica à NPS é ainda tímida. Tais dados evidenciam uma considerável lacuna na produção teórica da área, quadro associado a uma série de elementos, entre os quais a polissemia do discurso promocional e sua aparência de concatenação ao ideário do SUS; e a necessidade de adensamento dos fundamentos da Saúde Coletiva no Serviço Social. É indiscutível a imprescindibilidade do aprofundamento da discussão crítica da temática no Serviço Social, bem como a relevância da conformação de práticas em sua direção, desde que associadas ao ideário da RSB dos anos 1980. Norteadas pelo projeto profissional crítico, as/os assistentes sociais podem oferecer importantes contribuições tanto teóricas quanto práticas para o amadurecimento desse debate. O ideário da PS, sob a égide da RSB, pode contribuir para orientar o trabalho profissional na saúde, como campo que, ultrapassando as fronteiras de uma prática assistencial e burocrática, avance no sentido da consideração da determinação social da saúde, da participação e do controle social, conforme proposto pelos Parâmetros para Atuação de assistentes sociais na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Movimento de Reforma Sanitária.

Serviço Social. Sistema Único de Saúde. Prática Profissional.

ABSTRACT

The Health Promotion (PS) has been gaining prominence in the Public Policy level, under the baton of the World Health Organization, a process that sets up a real international movement, now called New Health Promotion (NPS). The terms of the discussion are interesting and apparently progressive, being opposed by the biomedical model. However, they constitute a kaleidoscope, being associated with distinct political interests, some of which related to Social-liberalism and the pursuit of a new hegemony in the contemporary scene. The propositions of the NPS entered in the Unified Health System (SUS), placing requests for work in the system. Demands are placed on the NPS to social services in several spaces, occupational training and health care. The general objective of this study was to analyze trends in the debate about PS professional social work. Specific objectives were to identify and examine the theoretical perspectives of Health Promotion on the professional social work debate and evaluate how (the) authors (in the) area of social seize see the promotion of health and its relationship with the profession by occupation. It conducted a descriptive and analytical study with a qualitative approach. It used the literature along with reference's periodic on the area and the annals of the Brazilian Congress of Social Workers (CBAS), which were it analyzed one hundred and twelve (112) articles. For data analysis, it adopted the content analysis. It was found that the theoretical debate about political and conceptual PS/NPS not appear in social density: in most of the articles analyzed, the notion of PS appears in very general sense, there has been a uncritical reproduction of speech or the conception of Brazilian Ministry of Health (MS) on PS; often the terms PS, Promotion, Prevention Education and Health are used interchangeably, despite all the theoretical-political framework to which they are linked; in some texts, instead of referring to PS, there is an emphasis on prevention and on Education in the Health in the professional debate, the criticism of the NPS is still shy. These data reveal a considerable gap in the theoretical production area, frame linked to a number of factors, including the polysemy of discourses and their promotional appearance concatenation of the main ideas of SUS, and the need for consolidation of the basis of the Collective Health in the Social Work. It is undisputed the indispensability of deepening critical discussion of this topic in Social Work, and the importance of shaping practices in their direction, since this are associated to ideas of RSB 1980s. Guided by critic professional design, social workers can offer important contributions both theoretical and practical for the maturation of this debate. The ideology of PS under the auspices of the RSB, may help to guide the professional practice of (a) social worker in health as field work, beyond the borders of a bureaucratic and relief work, go towards consideration in determining of social health participation and social control, as proposed by the performance Parameters for Social Workers in Health.

KEYWORDS: Health Promotion. Health Reform Movement. Social Work.
National Health System. Professional Practice.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de cursos de Pós- graduação em Serviço Social, por Região, Brasil, 2010.	215
Tabela 2 - Nível dos cursos de Pós- graduação em Serviço Social, por Região, Brasil, 2010.	216
Tabela 3 - Quantidade de períodos publicados de Serviço Social, por Região, Brasil, janeiro/2006 a abril/2012	221
Tabela 4 - Artigos publicados em periódicos, temáticas relacionadas à saúde/ Janeiro/2006 a abril/2012.....	223
Tabela 5 - Número total de artigos, por área temática nos periódicos e no CBAS, no período de janeiro/2006 a abril/2012.	226
Tabela 6 - Número total de artigos por autores e região, Brasil, no período de janeiro/2006 a abril/2012.....	230
Tabela 7 - Número total de artigos, por local de trabalho, Brasil, janeiro/2006 a abril/2012.	231
Tabela 8 - Discussão conceitual sobre Intersetorialidade nos artigos analisados. Brasil, 2006 a 2012.	263

LISTA DE QUADROS

Tabela 1 - Quantidade de Assistentes Sociais no SUS, por Rede de Atenção – 2012.	185
Quadro 2 - Número total de artigos sobre Serviço Social e Saúde analisados.....	230
Quadro 3 - Produção teórica sobre Promoção da Saúde no Serviço Social.....	233
Quadro 4 - Artigos pesquisados que não mencionam PS.....	234

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da quantidade de artigos - CBAS (anos 1990 e 2000)	217
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ABIA - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação

ABRASCO - Associação de Saúde Coletiva

ABRES - Associação Brasileira de Economia da Saúde

AMPASA - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde

BM - Banco Mundial

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Apoio Psicossocial

CASF - Centro de Apoio a Saúde da Família

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEDEPSS - Centro de Documentação e Pesquisa em Serviço Social

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONAR - Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CSDH - Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde.

DATASUS - Banco de Dados do SUS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis -

DS - Distritos Sanitários.

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DV - Modelo “Em Defesa da Vida”

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EMESCAN - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

EURO/OMS - Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde

ENESSO - Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social

ENPESS - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

ES - Educação em saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde

FMI - Fundo Monetário Internacional

FURSE - Fundação Universidade Federal de Sergipe

HND - História Natural da Doença

HUs - Hospitais Universitários

IAPs - Institutos e Caixas de Pensões e Aposentadorias

LAPA - Laboratório de Planejamento e Administração

MC - Medicina Comunitária

MI - Medicina Integral

MP - Medicina Preventiva

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NPS - Nova Promoção da Saúde

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OS - Organizações Sociais

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP - Projeto ético Político do Serviço Social

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

PG - Pós-Graduação

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPG - Programas de Pós-Graduação

PPP - Parcerias Público-Privadas

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PS - Promoção da Saúde

PSDLIS - Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Sustentável

PSF - Programa Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

PUC - Pontifícia Universidade Católica

PVVPS - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde

QUALISUS - Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Primária à Saúde

RMSF - Residências Multiprofissionais em Saúde da Família

RS - Reforma Sanitária

RST - Redes Secundária e Terciária

SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SC - Saúde Coletiva

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SM - Saúde Mental

SPT 2000 - Saúde para Todos no ano 2000 .

SS - Saúde Suplementar
ST - Saúde do Trabalhador
SUS - Sistema Único de Saúde
UCPEL - Universidade Católica de Pelotas
UCSAL - Universidade Católica de Salvador
UECE - Universidade Estadual do Ceará
UEL - Universidade Estadual de Londrina
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAL - Universidade Federal de Alagoas.
UFAM - Universidade Federal do Amazonas
UFAs - Unidades de Formação Acadêmica
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMA - Universidade Federal do Maranhão
UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso
UFPA - Universidade Federal do Pará
UFPB - Universidade Federal da Paraíba
UFPE - Universidade Federal de Pernambuco
UFPI - Universidade Federal do Piauí
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UFV - Universidade Federal de Viçosa
UNB - Universidade de Brasília
UNES/FR - Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho/Franca/SP
UNESP - Universidade Estadual Paulista.

UNICAMP - Universidade de Campinas

UNICSUL - Universidade Cruzeiro do Sul

UNIFRAN - Universidade de Franca

UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNOPAR - Universidade Norte do Paraná

UPAs - Unidades de Pronto-Atendimento

VER-SUS - Projeto Estágios e Vivências na realidade do SUS

VISAU - Vigilância da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
1 POLÍTICA DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE	29
1.1 PRESSUPOSTOS ANALÍTICOS: A INDISSOCIABILIDADE DAS ESFERAS CONSTITUTIVAS DA REALIDADE	32
1.2 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE HEGEMÔNICO: A BIOMEDICINA.....	42
1.3 QUESTIONAMENTOS AO MODELO HEGEMÔNICO	53
1.3.1 O Movimento de Medicina Preventiva	56
1.3.2 O Movimento de Medicina Comunitária.....	62
1.4 O NASCEDOURO DO MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O CONTEXTO NEOLIBERAL	66
1.5 OS ANTECEDENTES DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE	70
1.5.1 O Relatório Lalonde	71
1.5.2 A Conferência de Alma Ata	73
1.6 O MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	75
1.7 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE	82
2 CRÍTICAS AO MOVIMENTO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE	93
2.1 O CENÁRIO DE EXPANSÃO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE: O SOCIAL- LIBERALISMO E A BUSCA DE UMA NOVA HEGEMONIA	93
2.2 A FUNCIONALIDADE DA NPS AO DISCURSO SOCIAL-LIBERAL.....	104
3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	135
3.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE AS PROFISSÕES.....	135
3.2 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO	140
3.3 AS PROFISSÕES DE SAÚDE	146
3.4 O SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SOBREVOO HISTÓRICO	153
3.5 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS.....	160

3.5.1 SAÚDE COLETIVA, MODELOS TECNOASSISTENCIAIS ALTERNATIVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	166
3.6 O SERVIÇO SOCIAL NO SUS.....	180
3.6.1 A resignificação do estatuto do Serviço Social no SUS.....	181
3.6.2 O Serviço Social no SUS: demandas e respostas profissionais.....	188
3.7 SERVIÇO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE	196
4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO ACADÊMICA.....	206
4.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	206
4.2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA DA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL	214
4.2.1 Os CBAS.....	217
4.2.2 Os periódicos da área	219
4.2.3 Produção sobre Saúde	222
4.2.4 Perfil dos textos analisados	229
4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRODUÇÃO TEÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE SAÚDE	233
4.3.1 Repercussões da Nova Promoção da Saúde na produção sobre Saúde e Serviço Social.....	236
4.3.2 Nova Promoção da Saúde e Reforma Sanitária Brasileira: entrecruzamentos no debate profissional do Serviço Social	248
4.3.3 A “ausência” da Promoção da Saúde: a perspectiva preventivista em foco	274
4.4 A RELAÇÃO ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: UNIVERSO CONCEITUAL E IMPLICAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL..	279
4.4.1 O debate sobre Serviço Social e Promoção da Saúde: interlocução conceitual entre a prevenção, proteção, educação em saúde.	280
5 Promoção da Saúde e Serviço Social: os desafios de uma interlocução	299
5.1 REFLETINDO SOBRE A (IN)VISIBILIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL..	299
5.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: POTENCIALIDADES DE UMA INTERLOCUÇÃO	310

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	323
	REFERÊNCIAS	331
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	364
	APÊNDICE 2 - RELAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS	365

INTRODUÇÃO

O trabalho em tela buscou analisar as tendências da Promoção da Saúde (PS) no debate profissional do Serviço Social.

É inegável a notoriedade e expressividade que discussões, pesquisas e programas/projetos em torno da PS vêm adquirindo no âmbito das políticas públicas, em diversas partes do mundo, sob a regência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e suas regionais. Esse processo configura um verdadeiro movimento internacional, denominado de Nova Promoção da Saúde (NPS).

Os termos da discussão são interessantes e aparentemente progressistas, por se contraporem ao modelo biomédico, ainda hegemônico no cenário atual, girando em torno dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), da equidade, da intersetorialidade, da participação social, do *empowerment*, das redes de apoio social.

No Brasil, nos últimos anos, disseminou-se a ideia de que os princípios da NPS são concatenados com os do movimento em torno da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008a) dos anos 1980. Deste modo, a legislação nacional, desde o início da década de 2000, está repleta de referências ao termo e considera a NPS uma estratégia fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Não obstante o aspecto de consenso e “modismo”, o discurso da NPS é “(...) heterogêneo e possui contradições que correspondem a interesses diversos” (CZERESNIA, 2003, p.9). Nesse sentido, a temática se constitui em um verdadeiro caleidoscópio, perpassada por diversas tendências, expressando tensões políticas e teóricas. É assim que se encontram distintos níveis e gradações em relação ao seu significado, indo desde perspectivas que se voltam para o estilo de vida dos indivíduos até abordagens que questionam o capitalismo enquanto sistema patógeno (BERLINGUER, 1987) e propõem o enfrentamento dos DSS.

Campos (2005), tratando do debate sobre a promoção da saúde em território tupiniquim, lamenta que, na década de 1990, diversos pesquisadores e dirigentes, deixando de lado a amplitude das questões colocadas pela Saúde Coletiva (SC), até mesmo de suas lacunas, “aderiram, com armas e bagagens, à novidade vinda do norte” (CAMPOS, 2005, p.15), numa incorporação acrítica de um “similar estrangeiro”, para usar os termos do autor. Para ele, “a

Promoção transformou-se em uma espécie de discurso politicamente correto, o desafio estaria em aplicar suas diretrizes sem necessariamente analisá-las para eventuais retoques ou correções” (CAMPOS, 2005, p.14).

No Serviço Social, apesar do termo ser recorrente nos discursos e textos da área da saúde e da categoria estar envolvida no planejamento, execução e avaliação de projetos/programas de PS ou inserida em espaços ocupacionais nos quais a PS aparece como uma das diretrizes do trabalho, o debate teórico-político e conceitual sobre PS/NPS não aparece com densidade, sendo esparsos os estudos sobre a mesmo.

É importante mencionar que nossa chegada ao polêmico debate promocional e sua relação com a citada profissão teve um percurso não muito tradicional: nossa preocupação inicial era estudar o trabalho do(a) assistente social no âmbito da atenção primária à saúde (APS), especificamente na ESF.

Esta era uma temática sobre a qual nos debruçamos a partir de um construto de vivências e inquirições que emergiu a partir da experiência como Assistente Social de equipes básicas da citada estratégia no município de Campina Grande/PB¹. Tal interesse se aprofundou em nosso trabalho acadêmico, em um percurso cuja preocupação se voltava para refletir sobre o papel da Estratégia no SUS, bem como para analisar o exercício profissional de assistentes sociais na mesma, que nos propúnhamos a aprofundar em nosso doutoramento. Contudo, na medida em que fomos realizando as leituras e refletindo sobre a realidade empírica, percebemos que, nos dois municípios de médio porte que oficialmente inseriram assistentes sociais nas equipes básicas (Campina Grande/PB e Aracaju/SE, como mostramos em Vasconcelos et al, 2009), esse processo ocorreu a partir de lutas locais em defesa do SUS, em gestões municipais que buscavam investir na ESF como estratégia local para a modificação do modelo de atenção à saúde.

¹ As experiências da inclusão de profissionais de Serviço Social nas equipes básicas da ESF ainda são rarefeitas, pois, como não constam na composição oficial das equipes básicas, não há incentivo e financiamento do governo federal para a inserção de tal profissional nas mesmas. Neste sentido, poucos municípios incluem assistentes sociais nas referidas equipes. Contudo, é considerável o contingente destes profissionais atuando junto à Estratégia, das mais variadas formas, conforme se pode verificar em Vasconcelos et al (2009).

Em Campina Grande², que seria um dos *loci* empíricos de nosso estudo, o principal argumento na reivindicação – pela Associação de Profissionais da Estratégia Saúde da Família (APSF) - da inserção de tal profissional nas equipes básicas da ESF era a contribuição da profissão para o campo da **promoção da saúde**³. Tal argumento foi respaldado pela gestão municipal para a oficialização da referida inclusão.

Notamos que, apesar de tal justificativa e da própria legislação da ESF estar impregnada do termo PS, o debate teórico-conceitual sobre o tema entre nós, assistentes sociais das equipes básicas do município, era insipiente, para não dizer inexistente. O referencial que norteava nosso trabalho estava situado no debate sobre o Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, bem como nas contribuições da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), mas o foco não se direcionava para a PS.

Ao refletir sobre tal realidade, sentimos a necessidade de aprofundar o entendimento acerca da PS e sua relação com o Serviço Social, já que era a contribuição do trabalho do(a) assistente social nesse campo que respaldava sua inserção nas equipes básicas da ESF no município citado.

² É importante situar que a localidade em tela, historicamente, possuía traços que a colocavam entre as experiências de destaque na concretização da Estratégia, dentre eles: a) o pioneirismo na implantação das equipes (em 1994); b) a militância de seus profissionais na defesa do SUS, o que levou, em 1997, à criação da Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF), atuando como instrumento de organização dos profissionais e de defesa da ESF, protagonizando inclusive duas greves de trabalhadores; c) a realização de seleção pública simplificada, através de prova escrita, entrevista e análise de currículo para todas as categorias de nível médio e superior e a contratação dos(as) profissionais via CLT (com a mediação de associações comunitárias), num contexto em que não havia nenhuma orientação do MS em relação aos direitos trabalhistas; d) o recebimento de algumas expressivas premiações nacionais; e) a **inclusão de assistentes sociais nas equipes básicas da ESF**.

³ Destarte, entre os anos de 2003 e 2006, num contexto em que a gestão municipal era progressista e as/os profissionais da ESF estavam aglutinados em torno da APSF (que cumpria um papel de vanguarda em defesa do SUS), as/os assistentes sociais éramos estimuladas/requisitadas para desenvolvermos atividades que ultrapassassem a dimensão assistencial. Assim, geralmente em conjunto com as equipes da ESF e a população organizada, desencadeávamos/incentivávamos ações no campo do controle social, da intersectorialidade, da educação popular em saúde e da divulgação e defesa dos direitos sociais. Dessas são exemplos cursos de capacitação de conselheiros comunitários de saúde, ações de mobilização por saneamento básico em alguns bairros, atos públicos contra a violência, etc., em outras palavras, atividades passíveis de serem inseridas no âmbito do que se denomina Promoção da Saúde. Com as alterações na política de saúde municipal advindas da modificação da gestão, apenas através de lutas e reivindicações de profissionais da ESF foi possível a continuidade da inserção de assistentes sociais nas equipes básicas. Contudo, poucos(as) profissionais aprovados(as) foram convocados e houve a redefinição de sua inserção nas equipes, ficando com número de equipes muito maior (cada profissional agora é responsável por de 4 a 8 equipes, diferentemente das 2 equipes anteriores), sem falar na existência de diversas equipes que não contam com tais profissionais em seu quadro. Este nova configuração veio a alterar - e comprometer - a forma como as atividades vinham sendo desenvolvidas pelas equipes, com destaque para o trabalho das(os) assistentes sociais.

Deste modo, apesar de ter surgido a ideia de realizar um estudo empírico sobre a PS no trabalho profissional, nossas inquietações nos levaram a empreender uma pesquisa sobre o debate profissional, partindo da suposição de que a versatilidade e multiformidade da NPS demanda uma acurada análise desse polifacético termo no interior da profissão, bem como considerando que a concepção de saúde e, também, de PS influencia a tessitura do exercício profissional.

Foi assim que nos deparamos com o que consideramos, na época, um verdadeiro “emaranhado” teórico e político: o debate sobre a NPS. Adentrar nesse universo não foi tarefa simples, pois na medida em que fomos aprofundando a reflexão, descobrimos as inúmeras contradições e ambiguidades presentes no debate, marcadamente polêmico e multifacetado, característica que se agudiza, no Brasil, em virtude das especificidades do SUS.

Fomos percebendo conexões entre fenômenos muitas vezes abordados na literatura da área de forma isolada, como é o caso da Atenção Primária à Saúde (APS), da NPS, da intersectorialidade, do Movimento de Cidades/Municípios/Comunidades Saudáveis, entre outros.

Tais constatações nos remetiam a um universo labiríntico em termos políticos, posto que, embora as críticas à NPS associassem seu surgimento ao ideário neoliberal, suas preocupações e proposições extrapolavam o receituário constante nessa ideologia. As indagações sobre o arcabouço teórico-político do movimento nos inquietavam e nos levaram a observar seus nexos com o debate da Terceira Via ou do social-liberalismo.

As discussões sobre a NPS no Brasil, contudo, era ainda mais intrincado, por conta de sua suposta identificação com as proposições do SUS. Descobrimos então a heterogeneidade do uso da terminologia no interior da Saúde Coletiva (SC), com posturas que vão desde uma crítica radical, passando pela apropriação do debate internacional ou ainda por sua reconfiguração, associando-a as proposições da RSB⁴.

Diante desse caráter multifacético do conceito de PS, da visibilidade que a NPS tem assumido na política de saúde atual, bem como de sua possível relação com o Serviço Social, decidimos redirecionar o foco de nosso estudo para tal tema.

⁴ É importante esclarecer que adotamos o termo NPS para referir o movimento internacional, enquanto que PS é usada de forma geral, bem como em sua relação com o debate da RSB.

A tarefa era apreender tal processo a partir de uma perspectiva crítica, de totalidade, abordagem nem sempre presente na literatura sanitária. Era premente, portanto, entender a configuração da NPS, seus princípios e diretrizes, analisar sua relação com a RSB brasileiro, permeada por consensos e dissensos entre as/os autores(as).

Outro desafio era relacionar tal debate com o Serviço Social. Como a realidade vivenciada em Campina Grande nos colocara, a partir do conceito ampliado de saúde e da criação do SUS, a Promoção da Saúde pode ser pensada como um dos campos para o qual o(a) assistente social mais pode contribuir com o trabalho das equipes sanitária na busca por modificações no modelo de atenção à saúde, caminhando no sentido de responder às necessidades das classes subalternas. Segundo Miotto e Nogueira (2006), com a implementação do SUS, a PS (incluindo a intersectorialidade e o controle social) ganha projeção no trabalho de tal profissional.

Percebemos, contudo, que ainda são incipientes as análises teórico-conceituais sobre a NPS no Serviço Social. Emergiram inquietações sobre os motivos para a fragilidade de seu debate no interior de uma profissão que, nas últimas décadas, vem passando por um processo de amadurecimento teórico, inclusive no campo sanitário. Neste sentido, nossa questão de partida foi a seguinte: como a PS/NPS aparece no debate profissional das/os assistentes sociais?

Com o aprofundamento do processo investigativo, emergiram outras perquisições: quais as referências sobre as PS/NPS que vem sendo veiculadas no debate profissional? Existe clareza, no debate profissional, das distinções e referências acerca do tema? Há evidências de vinculação do debate da PS/NPS como exercício profissional? Outra importante questão que emergiu foi: por que o Serviço Social não tem aprofundado a discussão sobre a PS/NPS? Contudo, ainda que tenhamos buscado apresentar algumas respostas a esta pertinente inquirição, seu tratamento mais exaustivo está além dos objetivos de nosso trabalho.

Assumimos então como objetivo geral analisar as tendências e perspectivas da PS no debate profissional do Serviço Social. Como objetivos específicos, definimos: 1) examinar as perspectivas teóricas da Promoção da Saúde que permeiam o debate profissional do Serviço Social; 2) avaliar como as/os autores(as) da área de Serviço Social apreendem a promoção da saúde e sua relação com a profissão.

A hipótese de trabalho desse estudo é que, embora seja um termo presente no Serviço Social, há uma série de fragilidades no debate profissional sobre a PS. Supomos que é incipiente a discussão sobre as relações entre a RSB e a NPS, existindo até mesmo indistinção entre prevenção e promoção da saúde no debate profissional. Por outro lado, podemos subentender uma postura de resistência política de alguns assistentes sociais em discutir a PS, por conta de sua associação com as vertentes associadas ao estilo de vida dos indivíduos. O reverso dessa posição é a incorporação acrítica da Nova Promoção da Saúde por parte de alguns assistentes sociais, como vem ocorrendo também nas demais profissões de saúde.

Para alcançar tais objetivos, realizamos um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Como detalharemos adiante, para coleta dos dados, utilizamos a pesquisa bibliográfica junto a periódicos de referência⁵ da área e os anais dos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS), analisando artigos que tivessem em seu título a expressão promoção da saúde ou naqueles que apontassem para a relação entre saúde e Serviço Social, perfazendo um total de 112 textos⁶. O recorte temporal utilizado foi a produção da área a partir de 2006 - ano em que ocorreu a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a temática adquiriu maior visibilidade no cenário nacional-, até abril de 2012, quando encerramos a coleta dos dados. Para análise destes, utilizamos a análise de conteúdo.

Organizamos nosso trabalho da seguinte forma: no primeiro capítulo, após situar nossos pressupostos analíticos, baseados na perspectiva gramsciana, tratamos do universo da NPS, buscando apreender sua constituição histórica, situando os traços característicos do modelo de atenção à saúde hegemônico (o biomédico) e os movimentos que se voltam para seu questionamento e vão trazer indicações para a NPS, como o Movimento de Medicina Preventiva, o Movimento de Medicina Comunitária, a Atenção Primária à Saúde. Apresentamos então os antecedentes próximos à NPS e seus princípios e diretrizes. A tarefa seguinte foi discutir a relação entre a Reforma Sanitária Brasileira e a NPS.

No capítulo seguinte, discutimos o cenário socioeconômico que possibilitou a ampla disseminação do discurso promocional - aqui tomado como funcional ao social-liberalismo e à

⁵ Aqueles que possuem aos quais a CAPES atribui os conceitos Qualis A e B, como listaremos no último capítulo.

⁶ É importante esclarecer que, como os artigos diretamente relacionados à PS, no Serviço Social, são rarefeitos, nossa análise enfocou não necessariamente os artigos individuais, mas o conjunto das publicações da nossa área.

busca do capitalismo por uma nova hegemonia -, tecendo por fim considerações críticas acerca dos princípios e proposições da NPS.

No terceiro capítulo, para discorrer sobre o Serviço Social e a Promoção da Saúde, iniciamos discutindo o Serviço Social enquanto profissão da saúde e realizamos uma incursão em sua história no âmbito dos serviços de saúde. Em seguida contextualizamos o SUS e o debate promocional no país, tratando da resignificação do trabalho do(a) assistente social no setor, do lugar ocupado pelo Serviço Social no sistema. Adiante nos debruçamos nas relações entre a profissão e a PS.

No quarto capítulo, apresentamos detalhadamente a metodologia da pesquisa bibliográfica, contextualizando a produção do Serviço Social acerca da saúde, buscando aí apreender o debate sobre a NPS. A seguir analisamos as perspectivas da PS presentes no debate profissional e sua relação com o Serviço Social.

No último capítulo, refletimos sobre a invisibilidade do debate promocional em nossa área, elencando, a seguir, as potencialidades da interlocução entre o Serviço Social e a PS numa perspectiva crítica. Para concluir, traçamos algumas considerações finais sintetizando os achados de nosso estudo.

1 POLÍTICA DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos decênios, a Nova Promoção da Saúde (NPS) tem se tornado um importante eixo nos debates e políticas em todo o mundo e, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS), vem influenciando as políticas sociais de diversos países, bem como norteando os debates sanitários e extrapolando, inclusive, as fronteiras do setor saúde.

As proposições da NPS questionam o modelo hegemônico de atenção à saúde e trazem, para o campo da produção teórica e do trabalho em saúde, diretrizes que se propõem a enfrentar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

No Brasil, é patente a influência dessa vertente nas diretrizes da política de saúde, bem como sua influência entre gestores, políticos, profissionais de saúde, acadêmicos/os e pesquisadores(as) da área (entre eles(as) assistentes sociais), que dialogam com as proposições da NPS, de forma consciente ou não.

Embora seja um termo muito usado no debate sanitário, a ideia genérica de promover saúde esconde profundas tensões teóricas e filosóficas e possui contradições relacionadas a distintos interesses ideopolíticos (CZERESNIA, 2003a). O conceito de promoção da saúde (PS) é bastante amplo e tem sido tratado, por vezes, de maneira confusa (TERRIS, 1996).

Assis (2004) alerta que a popularização do termo, a partir da década de 1980, tornou sua utilização extremamente heterogênea, sem muita ênfase no esclarecimento de seu significado, ou seja, **“promoção da saúde tem se tornado um deslumbrante trem da alegria, com todos e vários clamando para entrar a bordo, sem dar suficiente atenção ao que é isto e onde está indo”** (DOWNIE et al., 1997, apud ASSIS, 2004, p.27 – grifos da autora).

Chapela (2010) indica que o consumo irrefletido e desinformado dos termos que estão envolvidos no debate promocional (como estilo de vida, autocuidado, DSS) acaba por obscurecer a definição dos problemas de saúde, a qualidade da análise e a emergência de propostas críticas. Além disso, os fundamentos ideopolíticos da NPS nem sempre são evidenciados (CASTIEL, 2004). Tal problemática, além de uma lacuna teórica, gera implicações na tessitura da política e do trabalho em saúde, para as diversas profissões sanitárias, entre elas o Serviço Social.

Em nossa leitura, analisar a NPS remete ao pressuposto de que a emergência dessa nova vertente no cenário mundial tem a ver com processos que extrapolam o setor sanitário, estando relacionados a questões mais amplas da vida social, às redefinições do papel do Estado e à busca da hegemonia no cenário contemporâneo. Em outras palavras, elucidar o significado da Promoção da Saúde no cenário contemporâneo implica uma incursão na própria relação entre o discurso da NPS e a estrutura da vida social.

Neste sentido, é importante mencionar que o imbricamento entre a saúde e as relações socioeconômicas e culturais, ainda que por longas décadas secundarizadas no debate sanitário, foi palco de densos estudos, que emergiram em meados do século XIX e foram retomados principalmente a partir dos anos 1970, seja pela NPS (processo sobre o qual trataremos adiante), seja pela Medicina Social latino-americana e a Saúde Coletiva⁷.

⁷ Mais adiante situaremos melhor tais movimentos, que se contrapõem ao modelo hegemônico de atenção à saúde, tendo como substrato as contribuições das ciências sociais em saúde, especialmente a partir da perspectiva marxista.

A influência marxista consta nas produções iniciais desta última perspectiva, como podemos ver nas obras inaugurais de Donnangelo (1979) e Arouca (2003). No entanto, frente à invasão positivista⁸ que se evidenciou em algumas produções marxistas da Saúde Coletiva⁹ (SC) dos anos 1970 e 1980, em lugar de uma apropriação ontológica do pensamento marxiano, a crítica ao estruturalismo aconteceu via aproximação com perspectivas pós-estruturalistas, pós-modernas, com tendências que valorizam a subjetividade e a cultura, mas comumente tratando-as de forma isolada, perdendo de vista sua relação com a perspectiva de totalidade. Nesta ótica, nas palavras de Correia e Medeiros (2012, p.23), o marxismo é acusado de responsável por “(...) análises restritas, por seu alto grau de generalidade e abstração, pela sujeição do político ao econômico”.

Assim, a teoria social crítica paulatinamente perdeu força nas produções da Saúde Coletiva, a partir dos anos 1990. As autoras citadas analisam que, em virtude disto, a SC vivenciou um “afastamento dos pressupostos ideopolíticos que imprimiram radicalidade aos objetivos e direção ao Movimento da Saúde” (CORREIA; MEDEIROS, 2012, p.23).

Neste cenário, a ausência do referencial histórico-crítico se faz sentir nas produções acerca da NPS, que muitas vezes fazem mera apologia ao debate internacional ou incorporam o discurso do Ministério da Saúde (MS) em relação à PS.

Campos (2005) revela que, de maneira geral, a NPS se tornou uma forma de discurso politicamente correto cujo desafio seria a mera aplicação das suas diretrizes. Contudo, distante de um movimento homogêneo ou meramente progressista, a NPS requer densas análises para lhe desvendar o sentido, já que “(...) não é necessariamente um projeto libertário e voltado para a justiça social” (CARVALHO, 2004, p.676).

Em nossa avaliação, a apreensão crítica do sentido do debate promocional no contexto atual demanda a retomada da angulação marxista, que traz elementos fundamentais para ultrapassar a aparência do debate, iluminando a relação entre a saúde e o quadro societário.

⁸ Para usar a expressão de Quiroga (1991), quando se refere ao adentrar do “marxismo estruturalista” no Serviço Social.

⁹ A Saúde Coletiva, de acordo com Silva Júnior (1998), se desenvolveu em duas grandes áreas: a **teórica** e a **política**. A primeira se refere à produção de conhecimentos sob a perspectiva da produção social da saúde; a segunda abrange o Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Com o intuito de adentrar neste universo, fazemos uma (re)visita às elucubrações gramscianas, traçando algumas considerações sobre a totalidade da vida social, com especial destaque para o papel da hegemonia, ponderando acerca de sua relação com a área da saúde, numa abordagem que contribui para analisar o contexto e o significado da emergência NPS. Em seguida discutiremos sobre os traços constitutivos do modelo hegemônico, situando os questionamentos a ele realizados, especialmente através dos Movimentos de Medicina Preventiva (MP), de Medicina Comunitária (MC), da Atenção Primária à Saúde (APS) e da NPS, na qual focamos nossa análise. Neste sentido, tratamos do contexto que possibilitou sua ascensão, bem como de sua história, princípios e diretrizes. Adiante buscamos elucidar as relações entre a NPS e a RSB, realizando, por fim, uma crítica ao discurso promocional.

1.1 PRESSUPOSTOS ANALÍTICOS: A INDISSOCIABILIDADE DAS ESFERAS CONSTITUTIVAS DA REALIDADE

É importante situar que partimos de uma visão sistêmico-relacional da sociedade (ACANDA, 2010), que pressupõe a compreensão do ser social (historicamente condicionado) e da sociedade como sistema de relações sociais que os homens e mulheres estabelecem entre si no processo de produção e reprodução de suas vidas (ACANDA, 2007). Assim, produção é concomitantemente reprodução, tanto da vida material e do modo de produção, quanto das formas de consciência e modo de vida na sociedade (IAMAMOTO, 1985).

Nossa concepção, baseada nas elucubrações gramscianas, é que não existe primeiro uma estrutura e depois uma superestrutura, ou seja, não há uma relação de primazia de uma esfera sobre a outra, tampouco, uma relação unilateral entre elas e, menos ainda, uma simples relação de causa e efeito: o que existe é um vínculo orgânico e dialético, correspondente a uma organização social concreta (PORTELLI, 1977).

Neste sentido, a estrutura não diz respeito somente à esfera da produção de objetos materiais, porém abrange a maneira como homens e mulheres “estabelecem seu ‘metabolismo’ com a natureza e produzem e reproduzem não só esses objetos materiais, mas, sobretudo, suas próprias relações sociais globais” (COUTINHO, 2011, p.116). A estrutura abarca não somente as forças produtivas, mas também as relações sociais de produção, ou seja, o “conjunto das relações sociais”, a totalidade da vida social, conforme o autor citado.

Nesta perspectiva, a totalidade não se limita à ação recíproca de seus vários momentos, mas corresponde a um sistema contraditório e dinâmico de relações associadas que se enredam e se explicam estruturalmente (NETTO, 1985).

À organicidade entre a estrutura econômica e a superestrutura Gramsci (1968, p.12) atribui o conceito de **bloco histórico**, definido como “(...) unidade entre a natureza e o espírito, entre vida e política (estrutura e superestrutura), unidade dos contrários e dos distintos”. Em outras palavras, a estrutura e as superestruturas compõem um “bloco histórico”. Neste sentido, a superestrutura não constitui um simples epifenômeno, um mero reflexo das relações de produção, “mas algo que tem densidade ontológico-social” (COUTINHO, 2011, p.116).

Segundo este autor, distintamente do marxismo economicista, para Gramsci a articulação entre a estrutura e a superestrutura, assim como o significado que o “momento predominante” tem no interior da totalidade do ser social, estão associados às configurações concretas de cada formação social. O analista acima mencionado mostra que, na perspectiva gramsciana,

(...) o momento ‘catártico’, o momento da liberdade, da teleologia, do dever ser, da iniciativa dos sujeitos, ou, em suma, o momento da política, não é criação absoluta, não opera no vazio, mas no interior das determinações econômico-objetivas que limitam (mas sem de modo algum cancelar) as margens de realização da liberdade. Tal como nos clássicos do materialismo histórico, também em Gramsci a economia determina a política não através da imposição mecânica de resultados unívocos, ‘fatais’, mas antes [sic] delimitando o âmbito das alternativas que se colocam, em cada oportunidade concreta, à ação dos sujeitos (COUTINHO, 2011, p.117).

Neste sentido, a superestrutura seria, para Gramsci, compreendida como um conjunto dinâmico, complexo, e pleno de contradições, através do qual a classe hegemônica exerce sua dominação via instrumentos repressivos ou culturais, cuja função seria justamente disseminar a ideologia dominante para as classes subalternas e auxiliares, processo no qual o Estado teria papel fundamental (ACANDA, 2006).

Destarte, a “argamassa” do referido bloco histórico é a **hegemonia**, concebida pelo nosso autor não como mera aliança de classes (conforme pensara Lênin) ou como simples subordinação de uma classe em relação à outra, mas como a capacidade de direção política e

cultural, ou seja, de construir uma visão de mundo a ser incorporada pelas demais classes¹⁰ (SIMIONATTO, 1998).

Para usar as palavras de Acanda (2006, p.178), a hegemonia diz respeito à habilidade de determinada classe em

obter e manter seu poder sobre a sociedade pelo controle que mantém sobre os meios de produção econômicos e sobre os instrumentos de repressão, mas, principalmente, por sua capacidade de produzir e organizar o consenso e a direção política, intelectual e moral dessa sociedade. A hegemonia é, ao mesmo tempo, direção ideológico-política da sociedade civil e combinação de força e consenso para obter o controle social.

Apesar disso, a hegemonia não pode ser entendida apenas na esfera cultural ou política, mas no processo social como um todo: embora nasça da fábrica (GRAMSCI, 2008), ela se estende ao conjunto das relações sociais.

Esse autor explicitou com clareza tal ideia em seu estudo sobre o americanismo e o fordismo. O analista constatou que as modificações apregoadas por Ford em relação aos novos métodos de trabalho e de produção não se limitavam ao interior das fábricas, mas visavam à criação de um novo senso psicofísico¹¹ nos operários. Assim, a adaptação aos nascentes métodos laborais não se circunscrevia ao solo fabril, mas tinha seus tentáculos fortemente encravados no cotidiano dos operários, incluindo a vida familiar, o lazer, a sexualidade, a cultura, etc., gerando modificações nas condições sociais, nos costumes, nos hábitos individuais.

Isso significava que as alterações no campo do modelo produtivo constituíam-se “indissolúveis de um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida. Não é possível obter sucesso num campo sem obter resultados tangíveis no outro” (GRAMSCI, 2008, p. p.69). Desse modo, era necessário um novo modo de vida que, segundo Braga (2008, p.16) se configura como um “modo de **regulação** ou mesmo de **modelo de desenvolvimento** que,

¹⁰ Desta forma, a hegemonia não é simplesmente uma ideologia eficaz, algo que está localizada meramente no campo da superestrutura, mas envolve aspectos ideológicos, culturais, políticos e econômicos (ACANDA, 2007).

¹¹ Esse novo equilíbrio psicofísico deve ser vivido como interioridade, “interioridade que significa, em última instância, a absorção subjetiva dessa objetivação social, a introjeção da hegemonia: o atuar segundo normas conformes a esse ambiente produtivo, essa interioridade é o índice da hegemonia em processo. O *american way of life* mais do que instrumento de propaganda é a forma que assume esse novo modo de ser, necessário ao novo ambiente produtivo” (DIAS, 1996, p.69).

partindo do chão da fábrica, açambarca as dimensões mais íntimas da condição operária” (grifos do autor).

Cumprir considerar que a hegemonia também não é um fenômeno puramente psicológico ou moral, mas possui também um valor gnosiológico (SIMIONATTO, 2004), na medida em que a “apropriação” do mundo (ACANDA, 2006), por parte das classes subalternas, é contaminada pelo fetichismo¹² e a alienação¹³. Além disso, a grande massa dos homens e mulheres pensa de acordo com uma concepção de mundo que lhe é imposta mecanicamente e acatada de forma passiva¹⁴, de acordo com Gramsci (2008).

A hegemonia, destarte, implica a “transformação da objetividade burguesa em subjetividade”¹⁵ (SIMIONATTO, 1998, p. 57). Isso ocorre em um “movimento molecular” que atravessa as diversas relações sociais, passando pelo âmbito familiar, escolar, artístico, moral, religioso, etc. Neste sentido, “o poder se produz e se reproduz nos interstícios da vida cotidiana. É, por conseguinte, ubíquo e está presente em qualquer produto e relações sociais” (ACANDA, 2006, p. 205).

Segundo Acanda (2010), é a partir desta perspectiva de indissociabilidade dos elementos constitutivos do bloco histórico que Gramsci (2008) apreende o capitalismo não somente como produção de mercadorias, mas como “produção” de indivíduos, de aparatos jurídicos e de aparelhos privados de hegemonia difusores da ideologia dominante. Sob esta ótica, o capitalismo é, acima de tudo, um modo de produção de relações sociais, pois o poder burguês tem suas bases em um determinado tipo de padrão civilizatório (que de modo algum

¹² Segundo Acanda (2007, p.125), o fetichismo não é um conceito econômico, mas gnosiológico, e consiste no “(...) ocultamiento del carácter de las relaciones sociales. La fetichización de los fenómenos sociales es resultado del carácter enajenado y enajenante de la producción en las condiciones del capitalismo”.

¹³ Nesse sentido, Simionatto (2004, p.43) afirma ainda que a “história episódica e fragmentada das classes subalternas” revela a dificuldade que estas têm de alcançar um nível de reflexão crítica sobre as relações de dominação às quais estão submetidas, pelas razões expostas no decorrer de nossa exposição. Portanto, destaca a mesma autora que, em Gramsci, a superação da subalternidade exige “a elaboração de uma concepção de mundo crítica e coerente, necessária para suplantarmos o senso comum e tornar as classes subalternas capazes de produzir uma contra-hegemonia” (SIMIONATTO, 2009, p.43).

¹⁴ Acanda (2010, p.201) indica que o próprio conhecimento deve ser analisado a partir da política e não somente da filosofia, posto que “as relações de poder funcionam como elemento condicionador do processo de produção e difusão das formas de saber, dos códigos de representação, dos processos de apropriação espiritual da realidade”.

¹⁵ Dias (1996) alerta que a hegemonia não se move apenas no terreno da racionalidade, mas também no campo da afetividade.

se limita à produção econômica), de cultura, de modo de vida dos indivíduos (ACANDA, 2010).

Em relação ao Estado, de forma distinta de Marx¹⁶, para quem a sociedade civil se referia às relações econômicas e a sociedade política ao aparelho estatal, Gramsci (1968) afirmou que o Estado não se resume ao mencionado aparelho. A partir das transformações que observava, em sua época, no papel desta instituição frente à transição para o capitalismo monopolista, ele ampliou a noção de Estado, ao defender que nela “entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, ou seja, hegemonia revestida de coerção)”¹⁷ (GRAMSCI, 1968, p.149).

Para o analista em tela, a sociedade política seria composta pelo conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência. Como afirma Gruppi (1980), na ótica gramsciana, a sociedade política é uma extensão da sociedade civil. Nesta perspectiva, ao analisar os diversos graus de formação de um sistema hegemônico, Gramsci (1968) destaca que o momento político-militar é o prolongamento e a concretização da direção econômica e ideológica que uma classe exerce

¹⁶ Vale situar que Acanda (2010), Coutinho (1996) e Simionatto (2004) declaram enfaticamente que, distante de ser um “político”, o pensador sardo não inverteu nem negou as descobertas essenciais de Marx. Na verdade, segundo Acanda (2010), ele teve como ponto de partida a aceitação dos princípios basilares do materialismo histórico e dialético. Nas palavras de Coutinho (1981, p.88), Gramsci considera “[...] que a produção e a reprodução da vida material, implicando a produção e a reprodução das relações sociais globais, é o fator ontologicamente primário na explicação da história”. É relevante mencionar que Marx constatou que o Estado se coloca como representante do interesse comum e afirma assegurar a igualdade política (eliminando as distinções sociais que caracterizavam a sociedade feudal, estabelecidas por nascimento, posição social, educação e profissão) (MARX, 2005). Contudo, ao mesmo tempo permite que tais elementos atuem a seu modo, de forma que, “bem longe de acabar com essas diferenças **de fato**, o Estado só existe sobre essas premissas, só se sente como **Estado político** e só faz valer a sua **generalidade** em oposição a tais elementos” (MARX, 2005, p. 21 – grifos do autor). Dessa forma, prossegue Marx na obra em tela, o indivíduo vive uma cisão: na **sociedade política** ele é considerado um ser comunitário, um cidadão, enquanto que na **sociedade civil** age como indivíduo privado, sujeito aos interesses egoístas da lógica capitalista. Embora juridicamente os direitos políticos estejam assegurados, eles não modificam as condições que geram as distinções sociais entre os homens. Assim, o Estado garante a propriedade privada, assegurando a reprodução da divisão da sociedade em classes (COUTINHO, 1996). Ao fazer tal constatação, Marx, em texto escrito junto com Engels (1998, p.7), afirmou que “o executivo do Estado moderno não é mais do que um comitê para administrar os negócios coletivos de toda a classe burguesa”. Além disso, mencionou que o Estado tem a função de “manutenção da ordem social” (MARX, 1999, p. 15). Marx considerava o Estado como um **Estado de classe** que, em nome de um suposto interesse geral, defende os interesses **comuns** de uma classe **particular** (COUTINHO, 1996).

¹⁷ É importante ressaltar que em Gramsci apenas metodologicamente é possível estabelecer uma distinção entre sociedade política e sociedade civil, posto que tais dimensões do Estado se realizam em articulação dialética e indissociável.

sobre o restante da sociedade, diante da impossibilidade de regulação da vida espiritual da sociedade moderna através apenas de aparelhos repressivos (ACANDA, 2010).

Em relação à concepção gramsciana de sociedade civil, Gruppi (1980) afirma que esta abarca um campo extremamente largo, já que se delinea como o terreno da ideologia. É no campo da sociedade civil que são disseminados os valores e interesses das distintas classes, entrelaçando-se “(...) o consenso e a direção moral e intelectual do conjunto social. Nela se forma a vontade coletiva, se articula a estrutura material da cultura e se organiza o consentimento e a adesão das classes dominadas” (GRUPI, 1981, p.175). A sociedade civil envolve as multifacetadas organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias, abrangendo as escolas, igrejas, partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, meios de comunicação, etc. (COUTINHO, 2005).

Desse modo, conforme indica Correia (2005a), enquanto momento do Estado, a sociedade civil é um terreno de embate de projetos de classes em busca da hegemonia: “é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos classistas. Ela expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais” (CORREIA, 2006, p.115).

É fundamental destacar que, para Acanda (2006), até mesmo as organizações econômicas podem ser incluídas na sociedade civil. Ele discorre que, embora inserido na estrutura econômica, o mercado está também situado na esfera da sociedade civil, pois não significa simplesmente compra e venda, mas uma forma de espraiamento da lógica do fetichismo. Neste sentido, o mercado capitalista exerce igualmente um papel fundamental na socialização dos indivíduos, constituindo-se, “(...) em consequência, uma agência de ‘civismo’, de produção, difusão e reafirmação de normas e valores e dos códigos simbólicos específicos que dão significado concreto ao sentido da sociabilidade, da solidariedade e da comunidade” (ACANDA, 2006, p.191).

A concepção ampliada de Gramsci sobre a sociedade civil contribuiu para que identificasse o papel determinante que o Estado exerce na construção do sistema hegemônico, papel este expresso na dupla e concomitante função: assegurar as condições necessárias à expansão econômica e “educar” para alcançar o consenso.

Em relação à primeira, para Gramsci o Estado era na verdade a empresa “que concentra(va) as economias a serem postas à disposição da indústria e da atividade privada, como investidor a médio e longo prazo” (GRAMSCI, 1968, p.84), tornado o maior organismo plutocrático, em suas íntimas relações com o grande capital financeiro. No entanto, ainda que tal função se constituísse indispensável às classes que estavam no poder, o teórico italiano observou que a direção hegemônica das referidas classes exigia do Estado sua intervenção na formação e disseminação de novos códigos ideológicos e novos padrões de condutas, um Estado “educador” do consenso.

É neste sentido que, para o autor referido, a função pedagógica do Estado tem um papel preponderante no estabelecimento de um sistema hegemônico: criar e manter determinado padrão cultural, visando “adequar a ‘civilização’ e a moralidade das mais amplas massas populares às necessidades do desenvolvimento continuado do aparelho econômico de produção, portanto elaborar também fisicamente novos tipos de humanidade” (GRAMSCI, 1968, p. 91).

Nesta perspectiva, este autor observa que o Estado, com suas múltiplas organizações na sociedade civil, tornou-se, assim, um “educador” (GRAMSCI, 1968), um canal de produção, difusão e afirmação de determinado modo de vida¹⁸. Sobre o tema, Acanda (2006) assinala que é indispensável que a classe dirigente exerça o poder, ou, noutros termos, controle o domínio da produção, difusão e aceitação de valores e normas de comportamento. Tal poder, conforme este autor, apoia-se, principalmente, “no controle das instituições que conferem sentido: aquelas que definem e justificam o indivíduo, ensinam-no a pensar de certa maneira e não de outra, indicam-lhe os valores que deve compartilhar as aspirações permitidas e as fobias imprescindíveis” (p.176).

¹⁸ É importante destacar que, apesar da importância do consenso, bem como da busca de “equilíbrio” entre coerção e consenso, nas situações de crise, ameaça ou perigo ao sistema, lança-se mão da repressão, como lembra Anderson (1981, p.33): “el poder capitalista puede considerarse, en ese sentido, como un sistema topológico con un centro ‘móvil’: en cualquier crisis se produce un redespigüe y el capital va a concentrarse de sus aparatos representativos a los represivos”. Exemplo desse tipo de intervenção estatal são os momentos nos quais, embora em Estados ditos “democráticos”, as mobilizações populares, ainda que pacíficas, são reprimidas pela força policial, a exemplo das manifestações do *Occupy Wall Street*. <http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=20911>., acesso em 12-12-2012.

Neste cenário, Coutinho (2005) sinaliza que o Estado ampliado não perde seu caráter capitalista, mas modifica substancialmente o modo pelo qual assegura os interesses da classe dominante¹⁹.

É preciso considerar, como indica Acanda (2007, p.171), que “el Estado moderno no traduce al nivel político los ‘intereses’ de las clases dominantes, sino la relación de esos intereses con los de las clases dominadas”. O que significa que, na busca da manutenção da hegemonia, o Estado pode incorporar algumas demandas das classes subalternas (COUTINHO, 2005).

Como discorre este analista, a depender da correlação de forças, é possível colocar alguns limites à implementação dos interesses burgueses e até mesmo, em certas condições, conquistar decisões que atendam a demandas das classes subalternas.

Através de suas lutas, os trabalhadores postulam direitos sociais que, uma vez materializados, são uma sua indiscutível conquista; isso não anula a possibilidade de que, em determinadas conjunturas, a depender da correlação de forças, a burguesia use as políticas sociais para desmobilizar a classe trabalhadora, para tentar cooptá-la, etc. (COUTINHO, 2005, p.15).

Como desdobramento desta concepção de Estado, consideramos as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias estabelecidas no campo das lutas de classe (BOSCHETTI; BEHRING, 2006, p.36) e que se expressam/evidenciam através do Estado.

Isso significa que os delineamentos das políticas sociais estão profundamente articulados com os interesses gerais da (re)produção do capitalismo e com o papel que o Estado assume em cada formação sócio histórica, a partir dos conflitos e lutas entre as classes, conforme as analistas acima mencionadas.

Nesse bojo, os projetos societários²⁰ disputam a hegemonia no Estado e na sociedade, delineando distintas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros (SOARES, 2010) e orientando as práticas dos diversos sujeitos sociais.

¹⁹ De maneira distinta de boa parte dos marxistas de sua época, Gramsci (1968) afirma que a revolução, no Ocidente, não poderia ser pensada somente como um assalto ao aparelho de poder político-coercitivo, mas abrangeria a superação dos padrões civilizatórios particulares do modo de produção capitalista nas diferentes esferas: econômica, sociopolítica, cultural e ideológica. Nosso autor defende a construção de uma nova direção hegemônica e ordem societária capaz de superar a hegemonia burguesa.

²⁰ Netto (2006) mostra que os projetos significam “(...) uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, com a invocação dos valores que a legitima e a escolha dos **meios** para lográ-la. [...] [Os projetos societários tratam-se] daqueles projetos que apresentam uma imagem da sociedade a ser construída, que reclamam

Destarte, a partir de tais reflexões, é possível apreender melhor as nuances da política de saúde e suas relações com a totalidade da vida social, bem como o significado das profissões de saúde, entre elas o Serviço Social (que é parte central de nosso estudo). Vejamos.

Ainda que a política de saúde, por vezes, seja tratada na literatura da área quase que como uma esfera autonomizada da totalidade da vida social (tendência analítica que se estende a suas subáreas) ou como uma discussão meramente “técnica”, proposta por especialistas “neutros”, consideramos que o desenho de um modelo de atenção à saúde²¹ articula elementos políticos, econômicos, ideológicos, cognitivo-tecnológicos, que se expressam, concomitante e dialeticamente, nas configurações do sistema de saúde, na gestão e no financiamento da política de atenção à saúde, bem como na forma como a atenção à saúde é prestada.

Desta forma, conforme mostra Soares (2010), a política de saúde se configura como um “complexo de complexos” (formado pela gestão, financiamento, atenção à saúde, etc.) que possui relações recíprocas e dialéticas com outros complexos da totalidade social, não sendo, portanto, uma área isolada. Isso porque, conforme indicamos,

A sociedade é uma totalidade organizada por esferas (totalidades) cuja (re)produção supõe a totalidade maior, mas se efetua de formas particulares, com regularidades próprias. Conforme a sociedade se complexifica, as esferas sociais podem ganhar uma certa autonomia, o que pode levar a uma falsa compreensão da realidade social: a ideia de que suas esferas podem ser isoladas – umas das outras e em relação à totalidade – para serem analisadas (BARROCO, 2003, p.25).

determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. [...] Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade” (NETTO, 2006, p.142).

²¹ De acordo com Paim (2008), a partir da década de 1980, variados textos técnicos, publicações científicas e documentos oficiais tem usado tal terminologia, embora a maior parte não tenha o cuidado de defini-la. Não é nossa intenção realizar um aprofundamento conceitual sobre o termo, porém consideramos importante situar que partimos da concepção de que “modelo de atenção à saúde”: (...) inclui três dimensões: uma dimensão ‘gerencial’, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão ‘organizativa’, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente ‘técnico-assistencial’, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2002)” (TEIXEIRA, 2003, p.261). Convém também alertar que, na trilha de Matta e Morosini ([s.d.]), adotamos uma distinção entre modelo de “assistência”, considerando-a mais associada ao atendimento médico; e modelo “de atenção” que, antenado com as proposições do Movimento de Reforma Sanitária, indica a superação da dicotomia preventivismo x assistência médica, ao apontar na direção da integralidade da atenção.

Como as demais políticas sociais, a política sanitária exprime os interesses diversos de classes e grupos de classes e, no seu delineamento, para a autora acima referida, dispõe de uma racionalidade que a alicerça e ordena, lógica esta que possui relação com projetos societários, explícita determinado projeto sanitário (estruturado ou não) e conforma o modelo de atenção à saúde. Esta lógica pode se expressar de maneira distinta em cada complexo do sistema, mas isso não desfaz seu caráter de unidade (SOARES, 2010).

De acordo com Ayres (1994), os delineamentos dos problemas de saúde e as formas de seu enfrentamento em cada sociedade, ao longo da história, dimanam de suas condições políticas, econômicas, sociais e – acrescentaríamos – culturais, bem como dos conhecimentos científicos acessíveis e das concepções sobre saúde²² e doença nela preponderantes. Em outras palavras, as discussões e práticas sobre a saúde são atravessadas por um conjunto de movimentos econômicos, políticos e sociais, com vinculações com a filosofia e as teorias sociais, bem como associadas ao nível de produção científica de cada época.

A relação do complexo setor saúde com a totalidade da vida social ocorre, evidentemente, a partir de diversificados, complexos e contraditórios processos. Entre eles, destacamos a importância da assistência à saúde para o processo produtivo²³ e o mercado²⁴; seu papel no sentido de amenizar os conflitos sociais, ao ser usada como forma de resposta às reivindicações das classes populares, através da viabilização do acesso aos serviços de saúde, mas que não altera o essencial da estrutura econômica; ou, enquanto componente da vida

²² Vale lembrar que a saúde está associada à vida e, enquanto tal, sua definição não pode se restringir ao âmbito científico, mas atravessa o cotidiano dos indivíduos (DONNANGELO, 1979).

²³ Através da repercussão da intervenção sanitária nas condições de saúde do trabalhador, gerando um aumento da produtividade e, conseqüentemente, da produção de mais-valia relativa; de sua importância para a reprodução da força de trabalho; da relação entre os meios de trabalho e a produção econômica (sobre a qual discorreremos posteriormente), visto que a prática médica possui um papel central na distribuição e no consumo de tais mercadorias que, se produzidas externamente ao setor, só é consumido através dele (DONNANGELO, 1979).

²⁴ "Numa primeira aproximação, e sem a menor pretensão de esgotar o tema, em torno da assistência à saúde gravitam a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições oficiais de formação de pessoal na área de saúde (universidades e suas faculdades de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia etc.), as empresas de seguro-saúde, ou de medicina de grupo e seus equivalentes, os vários tipos de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas etc.), públicos e privados, um setor da indústria de publicações (revistas, livros específicos das várias áreas disciplinares), instituições de pesquisa (não necessariamente universitárias), instituições alternativas de formação de práticas idem, praticantes de várias formas de terapia alternativa com ou sem reconhecimento do Estado. Todos a disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos, buscando caracterizar para a população em geral e para auditórios técnicos específicos do próprio campo, potenciais usuários diretos ou indiretos dos bens e serviços que produzem, que estes são necessários e adequados no enfrentamento dos problemas de saúde, e mais, que são estes atores e instituições os capacitados a definir o que é um problema de saúde" (CAMARGO JR, 2007, p.67-68).

cotidiana, a saúde também está inserida na dimensão cultural, das representações sociais e, portanto, açambarcada pelos processos de busca da hegemonia.

É importante evidenciar que a conformação da saúde pública enquanto um campo de atuação estatal, em nível internacional, ocorre em fins do século XIX, num contexto de tessitura das políticas sociais, como forma de enfrentamento ao agudizamento das expressões da questão social²⁵, particularmente no que se refere às demandas dos (as) trabalhadores (as) por atenção à saúde.

Nesse cenário, os sistemas nacionais de saúde começam a ser estruturados, inseridos e norteados pelos modelos de proteção social²⁶ adotados em cada país, que vão condicionar a forma como tal sistema é financiado, estruturado, bem como o conjunto de serviços e ações oferecidas (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

É consenso entre os diversos autores que o modelo hegemônico na organização da maioria dos sistemas de saúde, desde o alvorecer do século XX, é o modelo biomédico, do qual apresentaremos agora os traços gerais.

1.2 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE HEGEMÔNICO: A BIOMEDICINA

O citado modelo expressa determinada concepção de saúde, a escolha das estratégias necessárias para enfrentar o processo saúde-doença, preconiza certa configuração para o processo de trabalho em saúde, possuindo (claras) relações com interesses econômicos e políticos específicos.

Sua conformação foi fruto de um lento e longo processo, relacionado à busca de hegemonia pela classe burguesa, que tem suas raízes na Europa, a partir do século XVIII, no quadro da consolidação do capitalismo²⁷, que trazia graves e novas repercussões para as

²⁵ Entendida como “expressão politizada da desigualdade social inerente à constituição da sociedade burguesa. Sua emergência e visibilidade está organicamente vinculada à constituição da classe trabalhadora na medida em que, como sujeito político coletivo, ela publiciza a pobreza, expondo a contradição que marca a relação capital/trabalho, presente no antagonismo entre as condições em que ambas as classes se inserem no processo de produção e usufruto da riqueza socialmente produzida” (MOTA, 2004, p. 52).

²⁶ Lobato e Giovanella (2008) mostram que, de maneira geral, os modelos de proteção social organizados nos diversos países podem ser classificados em: seguro social; seguridade social ou universalidade; residual.

²⁷ Cumpre mencionar que a consolidação do capitalismo não passa apenas por alterações na esfera da produção, via paulatina industrialização, mas repercute em todas as esferas da vida social, gerando processos peculiares que

condições sanitárias da população: proliferavam epidemias e enfermidades relacionadas à pobreza e às condições de trabalho, decorrentes do quadro de má nutrição e vestuário, de moradia, das extensas e exaustivas jornadas de trabalho, em condições geralmente insalubres (SILVA JÚNIOR, 2006).

Frente a tal quadro, começa a ser tecida uma série de intervenções estatais na área sanitária, com especificidades em cada sociedade, a partir da correlação de forças políticas e econômicas locais. Neste processo, as tendências explicativas e interventivas em torno da saúde da coletividade emergiam e estava em disputa, associadas a interesses de classe e a concepções sobre o papel do Estado.

De forma bastante sintética²⁸, podemos considerar que as mais destacadas eram a teoria miasmática, a medicina social (e outras vertentes adjetivadas de “social”), e a teoria monocausal (depois redimensionada para a teoria da multicausalidade).

A primeira, prevalente no período medieval, mas que influencia também o nascedouro do capitalismo, concebia que a causa das doenças provinha de determinados odores venenosos, gases ou resíduos nocivos que tinham origem na atmosfera ou no solo. O vento seria o veículo que levaria os odores às pessoas, causando adoecimento. Tal compreensão, posteriormente suplantada a partir das descobertas científicas, veio a colaborar com a difusão de práticas higienistas²⁹, que se pautavam na compreensão de que era suficiente higienizar os locais para evitar a incidência de agravos à saúde (MERHY; FRANCO, 2007). Algumas medidas de saúde pública foram tomadas com base nessa teoria, como o enterro de mortos, o aterro dos excrementos humanos e a coleta dos resíduos sólidos.

desaguam na emergência do Estado nacional, no agudizamento da urbanização, em transformações na esfera científica e cultural, na configuração de novas classes sociais - com a emergência do proletariado enquanto sujeito político -, e em alterações na cotidianidade dos sujeitos sociais.

²⁸ Para um aprofundamento da discussão de tais processos, ver Rosen (1983; 1994); Nunes (1983); Merhy e Franco (2007); Silva Júnior (2006).

²⁹ De acordo com Paim (2006), o movimento denominado **Higiene** era impregnado das ideias de Rousseau e da Revolução Francesa, especialmente no que se refere ao papel da educação. Tinha vínculo com as doutrinas liberais, que atribuíam a responsabilidade pela saúde aos indivíduos e, segundo este autor, “era constituída por conjunto de regras, normas, prescrições, recomendações, medidas etc. para conservar a saúde e a vida (a arte de bem viver), a partir do comedimento e da restrição aos excessos e vícios” (p. 121). Coincide com a ascensão da burguesia ao poder político, ocupando lugar na busca da hegemonia, “(...) enquanto sistema de normas que controlavam a saúde individual, e um lugar no Estado, enquanto normas coletivas de vida’ (AROUCA, 1975, p.116)” (PAIM, 2006, p. 121).

A segunda vertente foi a “Medicina social”, que sintetizava a preocupação com as relações entre processo saúde-doença e sociedade (NUNES, 1983) e tem influência sobre a NPS, conforme Westphal (2006).

Ainda que não com o objetivo de específico de discutir a questão sanitária, um clássico estudo que, de maneira contundente, retrata a realidade vivenciada pelas classes populares do século XIX e sua relação com as condições de saúde é o de Engels (2010), escrito em 1842, intitulado “Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”, no qual descreve de maneira crua as aviltantes condições em que viviam as/os operárias/os, donde se deduz as repercussões para sua saúde. Retiramos um pequeno trecho de sua descrição:

(...) Na Inglaterra, (...) se estruturam mais ou menos da mesma forma que em todas as cidades: as piores casas na parte mais feia da cidade; quase sempre, uma longa fila de construções de tijolos, de um ou dois andares, eventualmente com porões habitados e em geral dispostas de maneira irregular. Essas pequenas casas de três ou quatro cômodos e cozinha chamam-se *cottages* (...). Habitualmente, as ruas não são planas nem calçadas, são sujas, tomadas por detritos vegetais e animais, sem esgotos ou canais de escoamento, cheias de charcos estagnados e fétidos. A ventilação na área é precária, dada a estrutura irregular do bairro e, como nesses espaços vivem muitas pessoas, é fácil imaginar a qualidade do ar que se respira nessas zonas operárias – onde, ademais, quando faz bom tempo, as ruas servem aos varais que, estendidos de uma casa a outra, são usados para secar roupa (ENGELS, 2010, p.70).

A adjetivação de “social” à medicina³⁰ foi realizada por Guérrin em plena Revolução de 1848 (ROSEN, 1983) e as proposições de tal vertente estavam relacionadas às mobilizações políticas da classe trabalhadora. Os reformadores propunham a medicina como uma ciência social, que teria por base alguns princípios (que norteavam um programa de ação):

1) “(...) a saúde das pessoas é um assunto de interesse societário direto e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) (...) as condições sociais e econômicas tem um importante e – em muitos casos – crucial impacto sobre a saúde e a doença e que estas relações devem ser submetidas à investigação científica; 3) (...) os passos

³⁰ Segundo Rosen (1983), neste momento os termos saúde pública, higiene social e medicina social tinham uso semelhante. Durante muito tempo, a saúde pública se voltou para melhorar as condições ambientais e foi influenciada pelo espírito da reforma social, daí suas metas se conectarem com as dos envolvidos na medicina social. Somente quando a reforma sanitária, em um sentido limitado, começou a alcançar seus fins e os desenvolvimentos na medicina bacteriológica voltaram sua atenção do controle do ambiente social e físico para o controle e doenças transmissíveis específicas, a saúde pública começou a apresentar um caráter distinto” (ROSEN, 1983, p.53).

tomados para **promover a saúde** e combater a doença devem ser tanto sociais como médicos (ROSEN, 1983, p.52 – grifos nossos).

Com a derrota do movimento revolucionário, o movimento de reforma médica, tanto na França quanto na Alemanha, encerrou rapidamente: agora que a burguesia conquistara também o poder político, a politização da saúde não fazia mais parte de seu programa (ROSEN, 1983, p.51). Apesar disso, segundo Silva Júnior (2006), o programa reformista influenciou a tessitura de ações governamentais, como a incorporação de parte das reivindicações do movimento médico-social por Bismark, num processo que influenciou diversos outros países, através da “(...) intervenção nas condições de trabalho, na proteção de mulheres e crianças e no saneamento das cidades” (SILVA JUNIOR, 2006, p.43).

A terceira tendência explicativa, que se contrapõe tanto à teoria miasmática quanto à determinação social das doenças apreendida pela Medicina Social, é a perspectiva monocausal, que vai conformar a base do modelo biomédico.

Este tem como fundamentos a emergência da microbiologia e a revolução pasteuriana, que trouxeram uma ampliação vastíssima do conhecimento sobre os processos biológicos da saúde-doença e inauguraram uma era de progressos científicos sem precedentes (CARVALHO; BUSS; 2008; ROSEN, 1994).

Deste modo, segundo Nunes (1980), a partir de 1860 passa a adquirir grande visibilidade um novo enfoque na discussão sobre o processo saúde-doença, voltado para a dimensão biológica-individual, expresso

(...) em uma nova concepção do corpo (até então “máquina humana”), na adoção de novas bases para investigação médica (patologia, anatomia patológica e fisiológica) e na implementação de ações curativas consistentes na reparação instrumental de segmentos isolados dessa “máquina corporal” (NUNES, 1980, p.16).

Westphal (2006) mostra que se dissemina a concepção biológica da enfermidade, desviando a causalidade da saúde do ambiente para agentes patogênicos concretos: a enfermidade teria apenas uma causa, oriunda de um germe.

Essa concepção de doença foi tão veemente incorporada que alguns pesquisadores, como Emil Behring (apud NUNES, 1980, p.16), afirmaram que “(...) o estudo das doenças infecciosas podia agora ser prosseguido como rumo certo, sem ser desviado por considerações sociais e reflexões sobre política social”. Assim, “ao lado de notáveis façanhas sanitárias, que

permitiram o controle de inúmeras doenças infecciosas, a dimensão social e o pensamento social em saúde, paradoxalmente, ficaram adormecidos ou negligenciados por quase um século” (CARVALHO; BUSS, 2008, p.145).

Tais compreensões resultarão, segundo Nunes (1980), em diversas consequências, tais como um enfrentamento frontal das enfermidades agudas pela via da imunização e do tratamento; o foco na doença e a perda do interesse da medicina pelos aspectos não biológicos do adoecimento; uma euforia que levava à ideia da erradicação de todas as doenças; a reorganização da formação médica.

Cumprir situar que o desenvolvimento e a ampla difusão do modelo biomédico se deram especialmente no bojo da descoberta de fármacos de eficiência comprovada (inicialmente insulina e sulfamidas), na década de 1930. Silva Júnior (2006) assinala o papel estratégico dos laboratórios no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção sobre as mesmas (SILVA JUNIOR, 2006).

As orientações para as modificações na formação médica estão sistematizadas num documento elaborado nos EUA, o Relatório Flexner³¹, de 1910. Os resultados do estudo e suas recomendações foram amplamente divulgados, com o apoio de fundações particulares (especialmente a Fundação Rockefeller), e tiveram grande influência em nível mundial (NOVAES, 1990), tendo papel fundamental nas modificações na formação de profissionais médicos³².

³¹ Elaborado por Abraham Flexner (educador graduado pela Universidade de Jonh Hopkins), em estudo patrocinado pela Fundação Carnegie, o estudo analisava a formação em nível de graduação em medicina dos EUA e do Canadá. O relatório recomendava uma formação médica sólida em ciências básicas através de disciplinas como anatomia descritiva e topográfica, fisiologia, bioquímica, patologia, farmacologia, entre outras. O documento destacava a necessidade de superação da profunda cisão entre clínica e laboratório e sugeria a adoção de: “regimes de ciclos; critérios de entrada; redução do número de alunos por sala; hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva e conseqüente proibição da prática privada dos médicos docentes (ALMEIDA FILHO, 2010, p.3)”. Este autor assinala que as proposições de Flexner sofreram diversas resistências das faculdades medicina, antes de ser tomado como padrão mínimo de qualidade na educação médica moderna. O autor em tela indica também que o documento vai influenciar na Medicina Preventiva, movimento que surgiu nos EUA a partir dos anos 1940, como discutiremos adiante.

³² Almeida Filho (2010) denuncia que, no Brasil, em lugar do reconhecimento do mérito de incentivar uma profunda reforma do ensino médico, vem sendo atribuída a Flexner a aura de intelectual orgânico do capitalismo imperialista, especialmente nos campos de educação e saúde, sendo o adjetivo flexneriano usado de forma pejorativa. Tal processo, segundo o autor, é resultado da divulgação das ideias de Eugênio Vilaça Mendes (por exemplo, na sua obra de 1996), consultor da OPAS, que atribui ao Relatório Flexner a consolidação dos elementos estruturais do modelo biomédico. No entanto, segundo Almeida Filho (2010), esse processo seria resultante de alguns mitos e omissões na análise do texto original, resultando em esquecimentos, equívocos e distorções da obra de Flexner.

Esboçaremos agora uma síntese sobre os elementos centrais do modelo biomédico, com base nas indicações de Camargo Júnior (2005). Este autor observa a vinculação entre tal modelo e os conhecimentos gerados nas disciplinas relacionadas à biologia. Afirma que tal perspectiva toma como base a racionalidade mecânica clássica, isolando os componentes³³, que são reintegrados posteriormente em seus “mecanismos” originais. O todo seria formado pela soma do funcionamento das partes. O adoecimento seria, portanto, um mau funcionamento de alguma das partes. Neste bojo, a biomedicina assume uma perspectiva dual em relação à “normalidade” e à “patologia”.

As dimensões do que o autor denomina como “racionalidade médica ocidental” estão indubitável e invariavelmente relacionadas às doenças.

A doutrina médica traz implícita a ideia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas lesões. A terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças; a morfologia e a dinâmica vital servem, sobretudo, como auxiliares na caracterização do processo mórbido. A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p.181).

Assim, segundo Silva Júnior (2006), a ênfase no processo fisiopatológico como território do conhecimento para o diagnóstico e a terapêutica, a compreensão da doença como “lesão” e a cura como “remissão de lesões” atribui ao exercício médico um perfil eminentemente curativo, abordagem mais sensível à incorporação de tecnologias (SILVA JÚNIOR, 2006, p.47).

Neste cenário, embora diversas técnicas de intervenção possam/devam ser usadas, geralmente somente os medicamentos e cirurgias são tidos como portadores de ação terapêutica efetiva (CAMARGO JÚNIOR, 2005). Como indica o autor aludido, as intervenções dietéticas e físicas (incluindo exercícios, exposição a radiações de diversos tipos, massagens) pouco são prescritas, seja porque se considera que os usuários não vão cumpri-las,

³³ Camargo Júnior (2005) menciona que, em tal racionalidade, o corpo é dividido em sistemas, agregados a partir das distintas disciplinas. Há uma correspondência entre a divisão dos sistemas e a clivagem em especialistas da Medicina. O analista exemplifica: o sistema respiratório é terreno das/os pneumologistas; o gastrointestinal, das/os gastroenterologistas; o sistema nervoso, a depender da angulação que se assuma, é território da/o psiquiatra ou da/o neurologista.

seja porque as primeiras são de domínio médicos exclusivo e as segundas são compartilhadas com outros profissionais, como fisioterapeutas e nutricionistas.

O conjunto das características desse modelo coloca como núcleo central do sistema de atenção à saúde a unidade hospitalar, profundamente redefinido em suas funções³⁴. A necessidade de aparato tecnológico e suporte de especialistas gera a necessidade de concentração de recursos. A complexidade de estruturação de tais unidades de saúde tem por consequência a concentração dos hospitais nos núcleos urbanos de maior densidade populacional, forçando as populações rurais e periurbanas a se deslocarem em busca de assistência médica. Ao seguir tal lógica, governantes de diferentes países, inclusive periféricos,

orientaron sus presupuestos a la construcción de grandes “palacios de la salud”, equipados con las últimas tecnologías y destinados a la cura de las elites urbanas, en lugar de invertirlos en programas de salud pública y dirigirlos hacia las zonas agrícolas donde vivía la gran parte de la población (BERLINGUER, 2007, p.7).

Camargo Júnior (2005) explicita ainda que uma característica relevante da biomedicina é a alusão aos três referenciais que supostamente elucidariam a totalidade humana: a Biologia, Psicologia e Sociologia. A conjecturada totalidade, segundo o analista mencionado, seria obtida através da junção das três perspectivas no termo “biopsicossocial”, como se o mero agregar resolvesse a fragmentação disciplinar. “(...) Agregue-se a isto o fato de que os termos ‘psico’ e ‘social’ não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico (CAMARGO JR., 1990)” (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p.185).

A racionalidade biomédica gera a organização de um processo de trabalho focado na atenção curativa individual, tendo o médico como sujeito central, decidindo sobre o diagnóstico, os exames, a terapêutica e delegando tarefas aos demais profissionais (MERHY, 2002). Neste cenário, fica subentendido o papel secundário que as demais profissões de saúde – o Serviço Social inclusive – assume nos serviços de saúde regidos por tal lógica.

³⁴ Durante o período feudal, os hospitais serviam de “abrigo” para pobres e enfermos; com a consolidação da medicina científica, paulatinamente se converte em espaço de estudo/diagnóstico e tratamento em saúde. Segundo Guedes e Castro (2009, p.9), “O hospital é considerado pela mesma autora [CARAPINHEIRO, 1998] uma organização moderna e complexa, onde são ancorados processos sócio históricos recentes e incorporada a noção moderna de serviço público, a produção do saber médico e a prática da medicina moderna, simbolizando o poder social da profissão médica e a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados”.

Isso desencadeia um trabalho fragmentado, parcelado (COSTA, 1998), que não se preocupa com os impactos causados na saúde da população. Tal modelo seria **procedimento-centrado** (MERHY; FRANCO, 2007), ou seja, o principal objetivo do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. A atenção à saúde confunde-se, portanto, de acordo com estes autores, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicalização da sociedade.

A racionalidade biomédica vem servindo de referência no cenário sanitário desde o alvorecer do século XX, influenciando a estrutura interna da produção de serviços sanitários, a formação do pessoal de saúde (SILVA JÚNIOR, 1998), além das concepções de saúde da população.

Berlinguer (2007) discorre que a ideia da resolutividade da biomedicina foi abraçada por especialistas, governantes e pela opinião pública em geral também em decorrência dos êxitos - na luta contra as doenças - da ampla e quase universal difusão de produtos como antibióticos e vacinas.

Não obstante, os avanços da medicina científica estão também associados à expansão da indústria de equipamentos médicos, de fármacos e de ensino e pesquisa médicos (SILVA JUNIOR, 2006, p.44). Donnangelo (1979) discorre que o desenvolvimento da moderna medicina tecnológica gera uma transformação da produção dos serviços de saúde em duas direções. A primeira diz respeito à superação da clínica como meio básico de trabalho, através da introdução de um largo conjunto de recursos de diagnóstico e terapêutica na mediação da relação entre o médico e o objeto de seu trabalho,

(...) que permitem, em grande parte, apreender a doença em sua exterioridade por referência ao corpo, e que vão da microscopia às técnicas radiológicas, gráficas e cirúrgicas altamente sofisticadas, encontram seu suporte em um vasto conjunto de equipamentos materiais custosos, e cujo ritmo de obsolescência não parece distinguir-se marcadamente daquele que caracteriza a tecnologia utilizada na produção econômica em geral, obedecendo também em parte aos mesmos objetivos econômicos que aí acarretam esse processo. Resultando de complexos e onerosos processos de produção industrial e realizando, através de seu consumo na prática médica, a mais-valia produzida em outros setores, os novos meios de trabalho instauram um vínculo direto e específico entre a medicina e os objetivos básicos da produção econômica. Esse tipo de vínculo aponta para uma dimensão significativa da articulação entre a medicina e o econômico, mesmo quando se considere essa dimensão apenas como secundária por

referência a outros aspectos da mesma articulação (DONNANGELO, 1979, p.20).

A segunda diz respeito à absorção progressiva da medicina artesanal em novas modalidades de organização da produção, baseadas nos novos recursos tecnológicos, que tornam indispensáveis concentrações financeiras de tal amplitude que geram a separação “(...) entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho e possibilitam a penetração do capital – com todos os seus corolários – nessa área de produção” (DONNANGELO, 1979, p.21).

Em relação aos fármacos, Silva Júnior (2006) observa que a indústria farmacêutica tem lançado produtos por razões mercadológicas: vários deles, apesar de divulgados como novidade, são semelhantes em efeitos, sendo que poucos apresentam inovação terapêutica; considerável quantidade de medicamento não possui efeito terapêutico real, porém são abundantemente consumidos. Neste sentido, o autor citado afirma que

As indústrias de equipamentos e fármacos induzem o consumo acrítico dessas novas tecnologias, tornando obsoletos equipamentos e medicamentos, em grande velocidade, substituindo-os por outros com poucas vantagens para o paciente e com custo multiplicado (SILVA JUNIOR, 2006, p.49).

As indústrias relacionadas aos equipamentos médicos e insumos têm divulgado parâmetros de qualidade pautados no grau de incorporação tecnológica, sem que necessariamente tenham relação com a restauração ou prevenção de enfermidades. A lógica é: “quanto mais equipamentos sofisticados utilizados e opções medicamentosas, melhor o ato médico resultante (...)” (SILVA JUNIOR, 2006, p.46). Com base em tal concepção, de acordo com este autor, tem sido amplamente divulgado o mito de que o nível de saúde das populações resulta dos avanços científicos.

Neste sentido, pondera o analista citado, a ostensiva divulgação da tecnologia médica é executada pelas corporações industriais multinacionais em articulação com as unidades de ensino e pesquisa médica, reforçando a divisão internacional do trabalho: os países centrais exportam tecnologia para os países periféricos, coibindo o desenvolvimento inovador dos países receptores (SILVA JUNIOR, 2006). Além disso, Valle (2012) mostra que a indústria

farmacêutica se espalha sobre as universidades, financiando pesquisas com o objetivo de validar informações de seu interesse³⁵.

É importante mencionar o agressivo *lobby* das empresas da área, tanto junto ao Estado quanto aos profissionais de saúde (principalmente médicos), chegando a financiar a participação destes em eventos, visando o incentivo à adoção dos seus produtos. O autor acima aludido mostra que tal processo também ocorre junto à mídia, quando as empresas farmacêuticas, através de diversas estratégias de marketing – que vão desde eventos supostamente científicos, passando por brindes e viagens internacionais para jornalistas –, tentam inserir a doença na pauta dos veículos de comunicação, com o objetivo de induzir à medicalização (VALLE, 2012).

Como podemos perceber no exposto, distante de ser meramente uma proposta técnica, a racionalidade biomédica apresenta íntimas relações com o sistema capitalista:

(...) essa medicina se incorporou ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista, exercendo um papel importante na reprodução de força de trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da ideologia capitalista, legitimando-a. Incrementou seu papel ‘normatizador’ da sociedade, ‘medicalizando’ seus problemas sociais e políticos. Também abriu um ‘novo mercado’, o de consumo de “práticas médicas” e de “saúde” (SILVA JUNIOR, 2006, p.47).

Em outras palavras, segundo o analista mencionado, o modelo biomédico³⁶ passa a ser orientado pelos interesses de um ávido mercado lucrativo: em lugar de responder a necessidades de saúde da população, tal modelo tem como horizonte os interesses do lucro e da acumulação capitalista. Isso porque, através dele, diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital incidem ou se realizam através do setor saúde (TEIXEIRA, 1989), como mostramos anteriormente. Esse processo, contudo, não se restringe à indústria de

³⁵ “Alguns exemplos foram denunciados por Marcia Angell, ex-editora do *New England Journal of Medicine*, no livro **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos** (Editora Record). A autora apresenta casos de remédios que tiveram seus ensaios clínicos alterados, que foram comparados a placebo nos testes de eficácia ou ainda que variações de drogas antigas mascaradas como novidade” (VALLE, 2012, p.28 – grifos do autor).

³⁶ É corrente, no debate da Saúde Coletiva, o uso da expressão “modelo assistencial privatista”. Em virtude de questionarmos a ideia do termo “assistencial”, conforme já explicitamos, bem como por nos pautarmos na ideia de “modelo” como racionalidade, optamos por utilizar a expressão “biomédico”, considerando, evidentemente, que este possui uma robusta expressão **privatista**.

medicamentos ou de equipamentos de saúde: está relacionado também incentivo à expansão dos serviços privados na área (inclusive planos e seguros de saúde).

Nesse cenário, Soares (2010) chama a atenção para o imbricamento entre a mundialização do capital e a relevância dos serviços de saúde como espaço que engendra altos níveis de lucratividade, em suas íntimas relações com o capital financeiro internacional.

É importante mostrar que o desenvolvimento de uma racionalidade nestes moldes foi possível por determinadas condições sociopolíticas e econômicas. Como sabemos, nas primeiras décadas do século XX se assistem mudanças na economia industrializada; crescimento gigantesco da indústria de bens de consumo, multiplicação dos meios e vias de transporte, aceleração da urbanização e suburbanização (SILVA JUNIOR, 2006), envoltas na transição para o capitalismo monopolista. As lutas das/os trabalhadoras(as) demandam o desenvolvimento de ações estatais no campo dos direitos sociais.

Quanto a estes, Neves e Sant’Anna (2005) avaliam que a pedagogia da hegemonia³⁷, no período predominante do fordismo e “americanismo”, se configurou como um “alargamento” da cidadania político-social:

Guiada por pressupostos teóricos keynesianos, a pedagogia da hegemonia se desenvolve no sentido de ampliar os direitos sociais por trabalho, moradia, alimentação, saúde, educação, transportes das massas trabalhadoras, com políticas sociais diretamente executadas pelo aparato governamental, tendo por intuito obter decisivo consenso da maioria da população ao projeto burguês de sociabilidade e aumentar, concomitantemente, a produtividade da força de trabalho. Tais políticas governamentais constituíram-se, ainda, em importante veículo de redefinição dos graus ou momentos da correlação das forças políticas nas formações sociais contemporâneas, no sentido de impedir que a classe trabalhadora ultrapassasse o nível econômico-corporativo de organização das suas lutas sociais (NEVES; SANT’ANNA, 2005, p.30).

É neste contexto que, com base num certo “pacto” entre as classes sociais, é desenvolvido, predominantemente nos países centrais, o *Welfare State*. Pereira (2009) mostra que este objetivava restringir as livres forças do mercado em três focos principais: a) na garantia de direitos e segurança social a grupos sociais específicos, tais como crianças, idosos e

³⁷ A terminologia é usada por Neves e Sant’Anna (2005, p.25), que afirmam que, embora não seja uma expressão usada por Gramsci, é inspirada nele. Pois, “segundo ele, ‘toda relação de hegemonia’ é necessariamente uma relação pedagógica, que se verifica não apenas no interior de uma nação, entre as diversas forças que a compõem, mas em todo o campo internacional e mundial, entre conjuntos de civilizações nacionais e continentais”.

trabalhadores; b) na disponibilização universal de serviços sociais como saúde e educação; c) na transferência de renda para as parcelas mais pobres da população que estivessem vivenciando certas contingências.

Deste modo, na maioria dos países, são desenvolvidas políticas sanitárias, relacionados aos modelos de proteção social adotados (alguns com conotações universais; outros, contributivas; em alguns, a medicina liberal continua dominante). Segundo Donnangelo (1979), a expansão do cuidado médico individual vai estar intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento de experiências de seguro-social em boa parte das sociedades capitalistas. É o modelo biomédico, com forte expressão privatista que, de maneira geral, vai nortear a organização desses sistemas de saúde.

É importante mencionar que, submisso e complementar ao modelo hegemônico, delimita-se o espaço da Saúde Pública: estando a atenção à saúde cindida a cura e a prevenção, o hospital seria por excelência o espaço da cura; às unidades de saúde pública caberia o campo da prevenção. Assim, delineia-se o sanitarismo, que, como mostra Paim (2006), embora gestado em sociedades com forte cariz do liberalismo econômico, apregoava a necessidade de intervenção estatal nos problemas que os indivíduos e a iniciativa privada não pudessem resolver. Desse modo, o autor citado afirma que a Saúde Pública alvitrava medidas específicas de controle de doenças pautadas no conhecimento elaborado pela emergente epidemiologia e, depois, pela “revolução” microbiana.

Apesar da predominância do modelo biomédico em nível mundial, já a partir dos anos 1920 começam a acontecer questionamentos a ele, com formulações de novas propostas de modelos de atenção à saúde, por vezes através da conformação de verdadeiros “Movimentos”, como os de Medicina Comunitária, Medicina Preventiva, APS e NPS, como mostraremos a partir desse momento.

1.3 QUESTIONAMENTOS AO MODELO HEGEMÔNICO

É importante alertar que esse processo de formulação de novos modelos de atenção à saúde, especialmente no que tange à extensão dos serviços de saúde (para usar os termos de Donnangelo, 1979), não corresponde a um fenômeno simples e linear, porém atravessado por uma complexa dinâmica econômica e política onde se atritam e se expressam interesses das

distintas classes sociais, estando imbuídos, portanto, de elementos envoltos na busca da hegemonia por parte das classes dominantes, e da luta das classes populares que apontam para a construção de uma nova hegemonia.

Deste modo, os modelos alternativos não são, em si, desinteressados politicamente ou necessariamente progressistas. Também não são formulações isoladas, mas que por vezes se mesclam, se entrecruzam, com algumas proposições sendo retomadas/reformuladas em momento histórico posterior, conforme veremos nas proposições em torno da Medicina Comunitária (MC), da APS ou mesmo na NPS.

De acordo com Silva Júnior (2006), especialmente a partir dos anos 1940, num contexto de pressão dos trabalhadores por políticas de bem-estar social e de reivindicação da saúde como direito humano fundamental, surgem proposições em torno do que denomina de “modelos tecnoassistenciais alternativos”.

Não obstante, o autor ainda considera que as primeiras experiências de constituição de sistema nacional de saúde regionalizado ocorrem ainda na Rússia czarista, a partir de 1860, através do projeto Zemstvo. Aguiar (2003) situa que a partir desse projeto foram formadas assembleias distritais deliberativas, formadas por nobres, donos de terra e trabalhadores rurais, que podiam decidir sobre saúde pública, medidas contra a fome, construção de estradas, sistema educacional e cadeias. Tais entidades estabeleceram redes de centros de saúde em áreas rurais pelo país inteiro. A experiência, limitada, foi aperfeiçoada pelos bolcheviques após 1917.

Na década de 1920, na Inglaterra, a Associação de Médicos Estatais (apoiada pela maioria do movimento operário britânico) elabora propostas de regionalização e democratização do acesso da assistência à saúde (SILVA JUNIOR, 2006). Estas ideias estão presentes no Relatório Dawson³⁸, elaborado com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde no país.

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), este documento se contrapunha à cisão entre medicina preventiva e curativa e propunha uma rede de serviços organizada, regionalizada e hierarquizada. Distinguiu, segundo Starfield (2002), três níveis principais de serviços de saúde: os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários e os hospitais-

³⁸ Sistematizado por Bertrand Dawson, do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde da Inglaterra (NOVAES, 1990).

escola, com funções específicas e vínculos formais entre eles. Preconizava a prestação de serviços de atenção primária à saúde por equipes de médicos e pessoal auxiliar, com cobertura para toda a população, em unidades de saúde que estivessem próximas da moradia das pessoas: o Centro de saúde.

Este era considerado “uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob a condução dos médicos generalistas (...) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas” (ROEMER, 1985, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p.588).

Silva Júnior (2006), citando Navarro (1974), revela que “o Relatório Dawson representou uma resposta conservadora às ameaças socialistas”. Entretanto, tais propostas não foram imediatamente implementadas nem mesmo na própria Inglaterra, em virtude das pressões das corporações médicas (NOVAES, 1990). Contudo a partir dos anos 1940, a proposta de Dawson foi retomada em sua pátria, através do Plano Beveridge. Segundo Silva Júnior (2006), alguns países africanos e asiáticos influenciados pelas ideias inglesas também incorporaram tal ideário.

Vale demarcar ainda que nos países que vivenciaram experiências de socialismo real, de acordo com o autor referido, propostas semelhantes foram desenvolvidas visando assegurar atenção à saúde como responsabilidade estatal.

Nessa época, propostas de APS também foram elaboradas nos EUA, das quais teve destaque a formulada na Universidade Johns Hopkins, baseada nos avanços da Higiene e da Medicina Científica (SILVA JÚNIOR, 2006). Foi efetivada em alguns estados americanos e depois, através da Fundação Rockefeller, exportada para vários países periféricos, inclusive o Brasil. De acordo com o analista em tela, em tal modelo, os centros de saúde objetivavam oferecer serviços contínuos de saúde pública, em territórios geograficamente delimitados. Para o autor, tal concepção de centro de saúde se associava ao modelo campanhista e as referidas unidades de saúde não estariam integrados a um sistema nacional de saúde, concepção

(...) que praticamente amputou do centro de saúde a responsabilidade pelo atendimento clínico. Eram destinados a trabalhar apenas como problemas de relevância coletiva, no caso, epidemias e endemias, por meio de vacinação, educação e programas para controle de grupos com risco epidemiológico alto. O modelo de intervenção se baseava em programas verticais, com

normalização estrita, como foram os programas de puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, entre outros (CAMPOS, 2008, p.18).

Neste quadro, a assistência à saúde ficaria sob responsabilidade da medicina liberal (privada) ou dos hospitais.

É importante mencionar que, entre as décadas de 1930 e 1940, emerge, também nos EUA, o Movimento de Medicina Preventiva (MP), sobre o qual trataremos nesse momento.

1.3.1 O Movimento de Medicina Preventiva

Segundo Donnangelo³⁹ (1979), a vertente da MP (e da Medicina Integral - MI, sobre a qual trataremos adiante) tiveram impulso como parte do mesmo processo que gerou as políticas estatais sanitárias. Deste modo, enquanto em outros países se delinearão Sistemas Nacionais de Saúde, nos EUA⁴⁰ a MP surge como proposta de conciliação entre os interesses da corporação médica e os estatais, visando ocupar o espaço marginal entre a saúde pública e a medicina liberal (AROUCA, 2003).

Isso ocorre porque naquele país, conforme sinaliza este autor, não obstante o surgimento de diversas propostas de reorganização do serviço de saúde (tais como a ampliação dos serviços públicos, a melhoria da distribuição de recursos, o controle dos custos em saúde via organizações comunitárias, etc.), grupo de médicos, sua organização privada (a Associação Médica) e outras organizações conseguem embargar todas tentativas de redefinição do papel do Estado no campo sanitário.

Neste contexto, também vem à tona a proposta da Medicina Integral (MI) que, conforme Donnangelo (1979), tinha como foco o confronto entre o perfil desintegrado do cuidado médico e a concepção globalizadora do objeto individual da prática (totalidade biopsicossocial). Apenas com a superação de tal divisão seria resolvida a questão da eficiência técnica, da redução dos custos, da atuação da medicina diante das necessidades sociais, como discorre a autora mencionada.

³⁹ O texto de Donnangelo (1979) é considerado, ao lado do de Arouca (2003), marco inicial do Reforma Sanitária Brasileira: as críticas empreendidas em relação à MP e à MC conformam as bases nas quais se apoia o citado movimento.

⁴⁰ Donnangelo (1979) assinala que os EUA são um campo fértil para propostas de recomposição da prática médica, em virtude da dominância do setor privado na prestação de serviços médicos (ainda que o Estado tenha assumido responsabilidade de medidas coletivas em saúde). Para a autora, o mencionado setor serve como garantia contra reformas substanciais da política sanitária daquele país.

De acordo com esta, a MI vai se fundir à MP. Os dois movimentos tinham como elemento central da crítica ao modelo dominante a fragmentação do ato médico, que tanto fracionaria o objeto individual (alvo de especialistas), quanto clivaria o processo da doença (cisão entre ações terapêuticas e preventivas, sendo a doença despida de seus elementos históricos e sociais).

Paim (2003) acrescenta que a MP punha em questão a prática médica em virtude da sua ausência de racionalidade; da tecnificação; do foco biologicista e individualista; como também da inadequação do trabalho em saúde às necessidades da população.

Ambos os movimentos propunham uma série de medidas educativas que possibilitariam a superação de uma lacuna da prática médica, visando o desenvolvimento de uma atitude preventiva e social (PAIM, 2006), a ser construída a partir de modificações na formação profissional em medicina, o que requisitaria uma reforma educacional.

É no interior da escola médica que se desenvolverá, portanto, o novo projeto médico, basicamente educativo, e sem qualquer outro suporte que não a possibilidade de manifestação, no comportamento dos agentes, dos efeitos de uma recomposição analítica dos elementos que integram o campo médico e de uma postura doutrinária face à necessidade da reforma (DONNANGELO, 1979, p.80).

Assim, o objetivo de ambos os movimentos, nas palavras da analista referida, consistia na reconstrução parcial de elementos internos à prática médica (consertar deficiências técnicas e apreender o “social” evidenciado no adoecimento). Este “social” dizia respeito ao campo de relações do indivíduo, do qual família aparece como elemento central: ao incorporar ao trabalho a percepção do indivíduo e seu meio, o reconhecimento da interação entre conjunto de agentes sociais e biológicos no adoecimento,

(...) o médico superará, pelo estabelecimento de novas relações com o indivíduo, a família e a comunidade, as deficiências resultantes do caráter fragmentário de sua prática assegurando que a acumulação dos atos médicos, assim corrigidos, modifique a totalidade da atenção médica e das necessidades de saúde (DONNANGELO, 1979, p.80).

De acordo com Arouca (2003), a MP toma a forma de um movimento social que, pela via de Seminários e Congressos (alguns dos quais patrocinados pela OPAS), se dissemina por várias partes do mundo. Apesar de formulado em um país imperialista, suas proposições são abraçadas muitas vezes acriticamente por sujeitos dos países periféricos.

Enquanto movimento ideológico, segundo Arouca (2003), a MP traça seus objetivos em termos de humanismo, bem-estar da comunidade e Medicina Integral. Como valores e atitudes a serem incorporados, são apregoados a atitude preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe, tendo como núcleos do saber fundamentais a medicina quantitativa, a epidemiologia, as ciências da conduta, a organização e administração de serviços de saúde e as medidas preventivas.

É importante situar que a formulação teórica que sintetiza de forma mais expressiva as proposições da MP foi elaborada na década de 1960, por Leavell e Clark (1977). Para estes autores, a medicina preventiva objetiva “promover um estado de saúde positivo ou ótimo, evitar a perda da saúde e a invalidez depois que o homem foi atacado pela doença” (LEAWELL; CLARK, 1977, p.11).

Eles partem da História Natural da Doença (HND), que significa a interface entre agente, hospedeiro e meio ambiente. A HND estaria dividida em dois períodos. O primeiro seria o da pré-patogênese, com o adoecimento ainda não iniciado, no qual se deve desenvolver a **prevenção primária**, que diz respeito a iniciativas voltadas para desenvolver uma saúde geral ótima (**promoção da saúde**), pela via da proteção específica do homem contra agentes patológicos ou através da tessitura de obstáculos contra os agentes do meio ambiente. O segundo período seria o de patogênese, no qual se aplicariam medidas de **prevenção secundária** (através de diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado; ou para evitar sequelas e limitar a invalidez) e de **prevenção terciária** (envolvendo a reabilitação) (LEAWELL; CLARK, 1977).

Nesse contexto, a Promoção da Saúde (tema central para nosso estudo) estaria situada na primeira fase da prevenção (primária) e diria respeito não a atividades relativas a uma determinada enfermidade ou desordem, porém a ações que objetivam ampliar a saúde e o bem-estar gerais, se constituindo em um nível de atenção da medicina preventiva (BUSS, 2000). Seus componentes seriam:

Educação sanitária; bom padrão de nutrição, ajustado às fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; moradia adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos (LEAWELL; CLARK, 1977, p.18).

Observamos, em tais formulações, a ultrapassagem da ideia de que toda doença teria uma causa, ganhando destaque o modelo agente-hospedeiro-ambiente, denominado de ecológico, que fundamentou ações e reforçou a concepção de multicausalidade. Desse modo, além de agir sobre o agente e o hospedeiro, na MP as medidas foram ampliadas para o ambiente, como mostra Paim (2008).

A essência da prática apregoada pela MP, segundo Arouca⁴¹ (2003), está voltada para três eixos principais. O primeiro é a compreensão de que o atendimento médico hospitalar ou no consultório seriam somente alguns dos pontos nos quais se poderia barrar a evolução da enfermidade e dos piores locais para evitar seu surgimento. Deste modo, a medicina deveria ser, além de hospitalar, também familiar e comunitária. O segundo, na indicação do autor citado, é que a expansão da medicina para o âmbito social gera a ampliação de seus usuários, que passam a ser, teoricamente, todo e qualquer indivíduo em qualquer fase da vida. O terceiro é que, ao adotar a vinculação entre a Clínica e a Epidemiologia, a MP “(...) propõe o encontro dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência pacífica entre o político e o existencial” (AROUCA, 2003, p. 164).

Para a adoção da postura preventivista, como vimos, é defendida uma alteração na formação médica. Segundo Arouca (2003), embora a MP apreenda importantes problemas dos sistemas de saúde, aponta soluções que não os enfrentam, por desconsiderar as condições sociais e abstrair a causalidade estrutural da sociedade, configurando o que denomina de “dilema preventivistas”. Neste sentido, o autor problematiza uma série de componentes envolvidos no discurso preventivista, dos quais destacaremos os que consideramos mais relevantes para nosso debate, especialmente porque contribuem para analisar a discussão sobre os DSS proposta pela OMS e pela NPS, como veremos em momento posterior.

O autor questiona a noção de causalidade que vai perpassar a proposta. A MP adota duas dimensões de causalidade, quais sejam, a epidemiológica, como determinação do surgimento das enfermidades; e a fisiopatológica, enquanto evolução destas. Frente a tal concepção, o analista chama a atenção que a noção de causa, em epidemiologia,

⁴¹ Na análise da MP, a obra de Arouca (2003), tem um papel de destaque, tanto pela amplitude e criticidade, quanto por se constituir como um marco inaugural no surgimento da Saúde Coletiva brasileira. Em nossa avaliação, seus argumentos analíticos contribuem, também, para a análise da NPS, daí a prioridade que daremos as suas considerações.

(...) distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidade de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico etc. Diferentes variáveis encontram a sua pertinência à estrutura através dos testes estatísticos e abrem um espaço infinito para novas associações (AROUCA, 2003, p. 171).

Isso gera um analogismo entre as categorias causais, expressão da ausência de hierarquização. Esse processo nega a própria ideia da determinação e cai num círculo vicioso em espiral, no qual as variáveis são concomitantemente causa e efeito. Em síntese, para o autor indicado, a forma como a Epidemiologia e, evidentemente, a MP, trata o conceito de causalidade é reducionista, já que as redes de causalidade são vistas em monótona linearidade e homogeneidade de categorias.

Em relação à noção de “social” que aparece na formulação de Leavell e Clark (1977), Arouca (2003) mostra que ela não tem caráter explicativo, mas é meramente referido. Tal estratégia de afirmar-negar o social acaba, de acordo com o autor (1977), por mitificar o “social”, alienando-o e despolitizando-o.

Assim, por exemplo, população e comunidade utilizadas como mito servem para neutralizar o conceito de classes, interesses conflitivos, ou seja, estão encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva (AROUCA, 2003, p. 172).

O mesmo acontece, conforme Arouca (2003, p.172), com a remissão ao “contexto econômico e social” que, sem estar situado em um conjunto hierarquizado de determinações significa “(...) igualá-los às categorias químicas, físicas e biológicas e fundamentalmente ao não explicitar o mecanismo de sua operação, estamos retirando o seu conteúdo”.

Como consequência desse processo, ocorre uma desteorização, na qual o social tem não um papel explicativo, mas de atributo dos elementos da MP.

O que está encoberto nessa relação é a convivência conflitiva entre as diferentes teorias do social e suas diferentes abordagens e conclusões, dado que, por exemplo, não existe identidade entre categorizar indivíduos segundo sua renda, escolaridade, profissão etc., afirmar uma estratificação social, por um lado, e, por outro, afirmar a sociedade dividida em classes, segundo as posições que os sujeitos ocupam no processo produtivo e a pertinência de indivíduos a essas classes (AROUCA, 2003, p. 173).

Outro aspecto questionado pelo analista é a ênfase atribuída à “mudança”: segundo ele, esta diz respeito muito mais à tessitura de novas relações entre médico-usuário, família, comunidade, outros profissionais e instituições - partindo-se da ideia de que tais relações são determinadas por uma “atitude” – do que às modificações sociais. Além disso, na realidade, contudo, não é da mudança enquanto relação social concreta de que fala o discurso preventivista, mas do seu conceito abstrato, que tem a sua existência somente na materialidade do próprio discurso” (AROUCA, 2003, p. 197).

Na análise do autor, tal posição se alia à ideologia da modernização e se assenta no pressuposto de que, frente às determinações sociais e às aviltantes condições de vida da população latino-americana, a mudança está ligada ao sujeito isolado em sua prática cotidiana.

Ainda que se coloque como um modelo alternativo, o preventivismo, segundo Camargo Júnior (2005), consistiria na aplicação da perspectiva biomédica para o “coletivo”. Neste sentido, a formulação elaborada por Leavell e Clark (1977) termina por assinalar “(...) a subordinação, na Biomedicina, das práticas curativas e preventivas a um mesmo referencial teórico geral” (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p.195).

Além disso, na perspectiva do autor aludido, tal proposição parece prosseguir embasando uma série de construções da biomedicina, “(...) como pode ser verificado com o mero folhear de qualquer manual médico, por mais contemporâneo que seja” (CAMARGO JÚNIOR, 2005, p.187).

É importante mencionar ainda que, conforme Westphal (2006), o modelo de Leavell e Clark norteia ainda hoje a compreensão de vários profissionais acerca da prevenção e da promoção da saúde.

Novaes (1990) mostra que, nos anos 1960, nos EUA, aparece o estímulo à introdução de departamentos de Medicina Preventiva nas universidades, que deveriam orientar estudantes para programas médico-sociais. Assim, buscava-se implantar programas em pequenas comunidades, através de centros de saúde-escola. Paim (2006) indica, no entanto, que, em termos práticos, a MP teve influência bastante limitada, por se limitar a experiências isoladas desenvolvidas por tais centros, ligadas aos departamentos de Medicina Preventiva, sem interlocução com as organizações de saúde estabelecidas, configurando-se em atividades paralelas aos serviços oficiais de saúde.

Não obstante, o discurso preventivista foi amplamente disseminado via institucionalização de espaços discursivos, como os departamentos de MP criados em várias universidades de todo o mundo, bem como uma grande mobilização para formação em nível de pós-graduação, induzida por fundações filantrópicas norte-americanas, através da concessão de bolsas de estudo, treinamento acadêmico, troca de experiências, financiamento para demonstração e investigação (AROUCA, 2003).

Diversos elementos envolvidos no discurso preventivista vão ser resgatados pela MC, que situaremos nesse momento.

1.3.2 O Movimento de Medicina Comunitária

Nos anos 1960, também nos EUA, emerge o Movimento de Medicina Comunitária, com o objetivo de operacionalizar a filosofia da medicina preventiva, com adição de preceitos como integração docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização (PAIM, 1999).

O quadro sanitário do país citado era caracterizado, de um lado, pelos famosos crescentes custos dos serviços médicos; pela lenta e ineficiente oferta de serviços e a cobertura restrita; e, “(...) por outro lado, a consciência popular golpeando com força crescente as portas do sistema” (NUNES, 1980, p.17), em requisições que se contrapunham à lógica dominante.

De acordo com Donnangelo (1979), a MC pode ser concebida como parte do processo de extensão da prática médica, voltada para grupos que anteriormente não tinham acesso aos serviços de saúde. Nunes (1980) analisa que tais grupos - uma parcela delimitada da população dos EUA, com incapacidade de compra direta de serviços - teriam potencialidade para colocar tensionamentos à sociedade. Neste contexto, Merhy e Franco (2007) afirmam que a MC foi planejada como parte de uma estratégia de “guerra à pobreza”, nos EUA, por agências governamentais e acadêmicas, no cenário da Guerra Fria. Em outras palavras, a proposta surge como parte dos mecanismos de amenização dos conflitos de classe.

Destarte, na análise dos autores aludidos, a MC pautava-se na ideia funcionalista de “integração” dos “marginalizados” e seu objeto era a “pobreza”. Assim, para além de extensão da medicina enquanto consumo individual de serviços de saúde, a MC corresponde também a uma modalidade particular de serviço social, consoante Donnangelo (1979).

A autora citada argumenta que a expansão do consumo dos serviços de saúde, porém, não ocorre através das modalidades predominantes de organização dos serviços, demandando uma nova estruturação dos elementos do trabalho médico. Assim, a MC adota uma medicina tecnologicamente simplificada se comparada à biomedicina. Erige um trabalhador médico coletivo, através da divisão de tarefas e da adoção de práticas complementares, com reforço do uso do trabalho auxiliar e de outras categorias profissionais (DONNANGELO, 1979). Isso não implica, contudo, a diluição de saber e prática médicos - que, segundo Silva Júnior (2006), continua a “controlar” a equipe. Porém, conforme Donnangelo (1979), a adoção de novas práticas relacionadas à manipulação do comportamento social de grupos humanos, associadas, portanto, à busca pela consolidação da hegemonia burguesa.

Para a autora reportada, o “social” (não conceituado pela prática médica) é operado pelas outras práticas, o que acaba por liberar o saber biomédico da intromissão desse “social”.

(...) a recente adjetivação, por sua vez, indica a um só tempo um lugar de exercício da prática e uma conceptualização do social que aponta para aquele objeto, definindo-o primeiro, diluindo-o em seguida na noção de uma comunidade que, seja ou não preexistente, deve ser criada ou recriada, e que, finalmente, fundamenta propostas de interferência sobre o objeto (DONNANGELO, 1979, p.72).

Silva Júnior (2006) coloca que o modelo técnico e operacional da MC se configura a partir da interação dos seguintes elementos estruturais:

- a) **coletivismo restrito** – segundo o autor aludido, embora na MC haja uma preocupação com a abordagem do “coletivo, este é limitado à “comunidade” local, percebida como espaço no qual ocorrem profundas fortes ligações integrativas e consensos de interesses. Dessa forma, “(...) a ‘comunidade’ acaba afastada do contexto social mais amplo, diluindo-se as determinações macrosociais de saúde e doença” (SILVA JUNIOR, 2006, p.58).
- b) **Integração de atividades promocionais, preventivas e curativas**, através da reintegração do ato médico, para torná-lo mais eficaz e eficiente. Contudo, de acordo com o mencionado analista, pauta-se na abordagem restrita da história natural da doença, embora incorpore o ambiente imediato.
- c) **Desconcentração de recursos** - a universalização da oferta de serviços se daria através da organização hierarquizada. Adota-se a noção de constituição de nível

primário de atenção, próximo dos cidadãos de certa região, conforme argumenta o referido autor. Tal nível seria responsável por responder a 90% das necessidades de saúde das populações, que requisitam recursos e técnicas simples, disponíveis. Somente os 10% restantes demandariam serviços de maior complexidade tecnológica e de especialistas.

- d) **Tecnologia adequada**, definida através da revisão dos critérios de seleção e utilização de tecnologia, objetivando exclusivo uso de tecnologia comprovadamente útil e financeiramente acessível (SILVA JUNIOR, 2006, p.59).
- e) **Inclusão de práticas médicas alternativas**, valorizando o saber popular, o que resultaria numa maior legitimidade junto à população atendida (SILVA JUNIOR, 2006, p.59).
- f) **Utilização de equipes de saúde.**
- g) **Participação comunitária**, percebida como uma maneira de envolver a comunidade na solução de seus próprios problemas (DONNANGELO, 1979), **“canalizando mais recursos, dela própria, para esse fim”** (SILVA JUNIOR, 2006, p.60 - grifos originais).

Nunes (1980) mostra que a MC também se configura como um projeto pedagógico, como fora a MP e a MI. Nesta perspectiva, havia o estímulo à integração entre universidades e Serviços de Saúde. Para Silva Júnior (2006), contudo, esta preocupação contribuía para a reprodução da dualidade do sistema: de um lado, um local onde se aprende “medicina para quem pode pagar”, que seria o Hospital Universitário; de outro, um ambiente no qual é aprendida a “medicina para pobres”, ou seja, os serviços públicos de saúde. “Há um sistema de formação hegemônico (flexneriano), e um apêndice: os programas docente-assistenciais” (SILVA JUNIOR, 2006, p.59).

Apesar dos elementos inovadores da MC, o analista em foco indica que esta se delinea muito mais como uma prática complementar à lógica biomédica e que possui uma funcionalidade em relação à (re)produção social. Ao ampliar a assistência médica a amplas camadas anteriormente excluídas, “acaba por favorecer ‘a acumulação de capital na indústria da

saúde’, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de ‘produtos médicos’” (MERHY; FRANCO, 2008, p.75), subsidiados agora pelo Estado.

O papel mais relevante da MC, segundo Silva Júnior (2006), é justamente sua intervenção junto a grupos “marginalizados”. Isso resultaria num reforço da imagem do Estado como humanitário e a ocultação das bases estruturais do processo saúde-doença (NUNES, 1980, p.18), além do componente disciplinador, objetivos todos relacionados aos processos de busca da hegemonia.

Merhy e Franco (2007) assinalam que, mesmo incorporando novas práticas preventivas na atenção à saúde, voltada para a comunidade e defendendo a necessidade de trabalho multiprofissional, o processo de trabalho na MC continua médico-centrado.

É importante situar também que alguns programas de MC são financiados por fundações filantrópicas norte-americanas e difundidos pela América Latina, África e Ásia, desenvolvidos via projetos-pilotos nas universidades. Conforme Viana e Fausto (2005), a Medicina Comunitária instrumentalizou e fundamentou a APS através de programas docente-assistenciais⁴², que tiveram sua institucionalização na década de 1970. Nesse bojo, a ideia de centro de saúde como prestador de serviços abrangentes foi revisitada nas Américas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Paim (2008) indica que o desenvolvimento da MC se configurou de duas formas: de uma maneira focal em alguns países, quando se reduzia a atividades experimentais, vinculadas ao Centro de Saúde-Escola; e de um modo expansionista, quando se apresentava como programas de extensão de cobertura.

Não obstante a multiplicação de propostas de novos modelos de atenção à saúde, a crise do setor, bem como suas críticas, eclodem de forma mais intensa na década de 1970, como veremos a seguir, o que abre espaço para novas formulações, entre elas a NPS.

⁴² Segundo Silva Júnior (2006), na década de 1970, o Relatório Carnegie apontou a crise da biomedicina e sugeriu alterações no ensino da Medicina: integração docente-assistencial, expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico, articulação das matérias básicas e matérias técnicas e profissionalizantes, ampliação das vagas, especialmente para estudantes vindos de classes de baixa renda e estruturação de planos nacionais de saúde.

1.4 O NASCEDOURO DO MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O CONTEXTO NEOLIBERAL

Antes de iniciarmos as discussões teóricas sobre nascimento do Movimento de Promoção da Saúde (MNPS) e, conseqüentemente, das críticas a ele colocadas, é importante situar rapidamente o cenário sócio-político do decênio em foco. Nele delinea-se uma forte crise estrutural do capitalismo, indicando o esgotamento dos “anos de ouro” do crescimento capitalista.

De acordo com Mota (2010), a crise contemporânea não se configura como setorial (comercial ou financeira), mas global, de caráter mundial. Citando Mandel (1990), a autora afirma que é uma crise das relações de produção capitalistas, assim como de todas as relações sociais burguesas, que se alia a uma retração duradoura do crescimento econômico, agudizado pelas flutuações conjunturais da economia.

Como estratégia para superação de tal crise, afirma Harvey (2006, p.117), delinea-se “uma transição no **regime de acumulação** e no modo de **regulamentação social e política** a ele associado”. Ou seja, o pacto keynesiano abre margem para a ideologia neoliberal; a financeirização se fortalece; o fordismo cede espaço à acumulação flexível com todas as suas conseqüências, inclusive as transformações no mundo do trabalho e na organização política dos trabalhadores.

A mundialização da crise faz com que não possa ser enfrentada setorialmente ou através de capitalistas individuais, requisitando para tanto a intervenção do Estado e das organizações internacionais (MOTA, 2010). Desta forma, entendemos que a organização estatal passa a ser um papel fundamental na criação de condições para a produção de superlucros.

Neste cenário uma das receitas amplamente divulgadas é o neoliberalismo, adotado como uma das estratégias de superação da crise econômica estrutural dos países capitalistas ocidentais, que propõe a retomada – com redefinições – de preceitos liberais no campo econômico, com reverberações no campo das políticas sociais. Tal ideário ganha força especialmente nos anos 1980 e 1990 nos países periféricos, porém também vem sendo o referencial de variadas contrarreformas atualmente em curso em diversos países da Europa.

Para Fontes (2010), no neoliberalismo o Estado não seria reduzido, mas “sarado”, enxuto de suas “gorduras” (que seriam os direitos sociais). Nesta perspectiva, se buscava

construir “(...) um Estado *pitbull*, com o fito de defender o capital frente a eventuais ameaças da população. Tratou-se, portanto, de fortalecer o Estado para sustentar o capital, reduzindo todas as adiposidades que representavam as conquistas populares” (FONTES, 2010, p.18).

Em tal contexto, os objetivos universalistas do Estado de Bem-Estar Social são frontalmente atacados, na defesa dos interesses do capital desregulado (PEREIRA, 2009). Destarte, as medidas de proteção social são comprimidas em nome da crescente elevação da taxa de juros – que fertiliza o sistema bancário e instituições financeiras - e da ampliação do superávit primário, conforme afirma Iamamoto (2009). Laurell (2008) identificou que as medidas neoliberais para o campo das políticas sociais são: corte nos gastos sociais estatais, com deliberado desfinanciamento das instituições públicas; incremento da demanda privada; esforços para garantir a obtenção de formas estáveis de financiamento dos serviços sociais privados (seja através da compra, com recursos públicos, dos serviços-benefícios do setor privado, seja pela via do incremento da indústria de seguros privados); centralização dos gastos sociais em programas seletivos para pobres.

Na análise de Neves e Sant’Anna (2005), a pedagogia da hegemonia do período neoliberal busca redefinir o padrão de politização fordista, processo que vem ocorrendo a partir de alguns movimentos: 1) manutenção de amplos setores da população no nível mais primitivo das relações de força, sem que tenha consciência de seus papéis sociais e políticos; 2) demolição ou redefinição dos aparelhos privados de hegemonia das classes subalternas, especialmente através da precarização das relações de trabalho e da desregulamentação dos direitos trabalhistas; 3) incentivo do Estado à ampliação dos grupos de interesses não relacionados diretamente às relações de trabalho; 4) papel dos organismos internacionais na difusão da nova hegemonia.

No campo da saúde, a pedagogia da hegemonia passa pela necessidade de controlar custos crescentes do modelo biomédico, que já vinham sendo criticados praticamente desde o início do século, como vimos. Surgem propostas de racionalização dos gastos de saúde que apregoam a necessidade de que o Estado assumira apenas “cestas básicas de serviços de saúde”, deixando ao mercado a resposta às demais necessidades de saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

Laurell (2008) indica que, nesse período, acontece uma inovação no discurso das agências multilaterais, ao justificar a privatização e a retração do Estado como melhor caminho para se alcançar maior equidade.

Especialmente nos países centrais, as alterações resultantes da urbanização e do desenvolvimento econômico nos padrões de morbimortalidade populacionais se faziam sentir (SILVA JÚNIOR, 1998), com crescente destaque para as Doenças Não Transmissíveis (DNT).

Neste contexto, conforme apontam Vasconcelos e Schmaller (2011), existia a constatação de que os elevados custos da medicina curativa não se expressavam no aumento da qualidade de vida e saúde da população, sem contar que os serviços de saúde não estavam organizados para responder ao novo quadro sanitário. Isso por que

Grande parte das doenças **modernas** (cardiovasculares, tumores, enfermidades mentais, intoxicações forçadas ou voluntárias etc.) só é vulnerável às ações preventivas ou, pelo menos, a uma associação precoce entre higiene e terapia, enquanto a tendência espontânea – não apenas dos médicos, mas das pessoas, que percebem o mal apenas quando o organismo está manifestamente lesado – é para tratamentos amiúde tardios (BERLINGUER, 1988, p.21 - grifo do autor).

Num contexto de hegemonia da racionalidade biomédica, "a incorporação de alta tecnologia elevou progressivamente os custos dos procedimentos, conduzindo os sistemas de saúde dos países ocidentais a uma crise estrutural" (CZERESNIA, 2003b, p.9). Concomitantemente, segundo esta analista, expandiu-se a tendência de capitalização intensiva e ampliaram-se as despesas da assistência médica. Conforme indicamos anteriormente, isso ocorria em um momento no qual se apregoava a necessidade de redução dos gastos públicos com políticas sociais. A contraface de tal direcionamento seria a ampliação do espaço do setor privado na prestação dos serviços de saúde.

Neste cenário, instituições como o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio passaram a assumir o papel de "Ministério da Saúde" dos países periféricos nos anos 1980 e 1990 (MERHY; FRANCO, 2007). Assim, em suas recomendações de contenção de gastos públicos e focalização das políticas sociais, tais instituições apontam para a necessidade de divisão na prestação de serviços de saúde: os serviços de atenção básica *versus* os secundários e terciários.

Uma expressão disso, segundo Correia (2005a), é a ampliação da rede pública nos serviços de atenção básica, enquanto se restringe o acesso aos demais serviços, baseada no equivocado pressuposto de que entre a população pobre predominam as doenças infectocontagiosas (quando na verdade tal população também é vítima das doenças crônico-degenerativas), que não exigem uso de equipamentos dispendiosos e tratamentos sofisticados.

É importante situar que havia também outros vetores que colocavam em questão a racionalidade biomédica.

Diversos movimentos sociais, desde os anos 1960, lutavam por direitos sociais, pela libertação das colônias africanas e pela redemocratização dos países da Latino-América (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Neste cenário, as lutas populares reivindicavam o enfrentamento do agudizamento das desigualdades sociais, inclusive no campo da saúde (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011). Alguns movimentos criticavam as fragilidades do modelo biomédico, que seriam segundo Pasche e Hennington (2006), o distanciamento do compromisso com a qualificação da vida, expresso na medicalização e iatrogenia⁴³; a precarização da clínica, cujo foco estava na doença e não no sujeito portador de necessidades de saúde; o impacto pouco significativo das ações médicas na saúde da população, não obstante o florescente incremento das despesas na área; a dificuldades de acesso aos serviços de saúde; a submissão das necessidades sociais de saúde à lógica e à dinâmica do mercado e do consumo.

Berlinguer (2007) evidencia que, neste processo, teve importante contribuição o desenvolvimento de programas de saúde comunitários com foco na prevenção e na participação comunitária. Segundo este autor, as experiências de Sri Lanka, de Costa Rica e de Cuba, com baixo custo e com importantes impactos na saúde da população, mostravam que os níveis de saúde podem melhorar também onde a renda *per capita* não é elevada, desde que haja empenho do Estado e da população e adesão dos profissionais de saúde à criação de serviços difusos, qualificados e acessíveis, a disseminar educação de base e a enfrentar as raízes sociais das doenças.

Estas influências vão desembocar no surgimento da Medicina Social Latino Americana

⁴³ Em todas as suas conseqüências (como procedimentos prescindíveis, consumo exagerado de medicamentos, não consideração da autonomia do usuário, entre outros).

(no lastro da corrente com mesmo nome que existia no século XIX na Europa, sobre a qual já tratamos), bem como na Reforma Sanitária Brasileira, esboçando críticas à racionalidade biomédica.

Os estudos sobre a determinação social do processo saúde e doença, sob a influência das ciências sociais referenciadas no marxismo, punham em relevo as limitações da lógica explicativa das endemias e epidemias com base na dinâmica específica dos micro-organismos (CAMPOS, 2005). Denunciavam que as condições sanitárias estavam associadas às condições de vida e trabalho. Neste sentido, defendiam que a melhoria da saúde da população necessariamente deveria passar pela superação das desigualdades sociais em geral.

Desse modo, é em um cenário marcado, de um lado, por reivindicações por mudanças no modelo sanitário e, por outro, pela proliferação de recomendações de corte nos gastos de públicos e de enxugamento do Estado no que tange às políticas sociais, que emergem com forte tonalidade proposições que questionam o modelo biomédico e vão contribuir para a tessitura da NPS.

1.5 OS ANTECEDENTES DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A priori, gostaríamos de destacar o significado etimológico do termo promoção. De acordo com Ferreira, [s.d.], este vocábulo promoção pode ter dois sentidos. O primeiro é advindo do inglês *promotion* e está relacionado ao marketing e a técnicas ou atividades voltadas para fortalecer a imagem de algo ou alguém ou para influenciar na escolha (compra) de determinado produto. O segundo sentido tem origem no latim *promoveo* (*promoves, promovere, promovi, promotum*). Pode significar: “1) Impelir para frente, fazer avançar; 2) estender, aumentar, avançar; 3) desenvolver; 4) fazer sair, tirar; 5) adiar, diferir, retardar” (FARIA, 1967).

As acepções que o termo assume no debate sanitário é o de “dar impulso a; trabalhar a favor de; favorecer o progresso de; fazer avançar; fomentar” (FERREIRA, [s.d.]).

Segundo Wetsphal (2006), na história da humanidade, sempre houve preocupações com a promoção da saúde do ser humano, como pode ser percebido em práticas higiênicas de civilizações passadas. Contudo, enquanto movimento, esse matiz sanitário emerge na década

de 1970, como fruto de todo o mencionado processo histórico de críticas ao modelo hegemônico de atenção à saúde.

O termo Promoção da Saúde foi usado pioneiramente em 1945, pelo historiador médico canadense Henry Sigerist ao definir para a Medicina quatro tarefas essenciais: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (WESTPHAL, 2006). Para ele, o conceito de PS assumia um sentido amplo, que remetia à Medicina Social do século XIX: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso” (SIGERIST, apud TERRIS, 1992, p.38). Visando alcançar tal objetivo, o pioneiro apregoou o esforço coordenado dos políticos, setores trabalhista e industrial, educadores e médicos. Percebe-se, então, o emprego do conceito em um sentido amplo, relacionado à determinação social da saúde.

Como vimos, na década de 1960, Leavell e Clark (1977) retomam o uso da expressão em suas proposições sobre a medicina preventiva. PS aí assume uma dimensão de certa forma restrita, por ter como foco a doença, além de não apreender os efeitos das condições de vida e trabalho nos níveis de saúde das populações (WESTPHAL, 2006).

Contudo, a gestação do “movimento” de PS ocorreu no Canadá, a partir dos anos 1970, tendo emergido formalmente através da divulgação, em 1974, do documento “A New Perspective on the Health of Canadians” (conhecido como Informe Lalonde), sobre o qual discorreremos nesse momento.

1.5.1 O Relatório Lalonde

De autoria Marc Lalonde, então assessor do ministro da saúde do Canadá, (CARVALHO, 2005), o documento, partindo de estudos epidemiológicos, constata que, naquele país, tinham ocorrido mudanças nas condições de vida da população e que as doenças infecciosas não eram mais as principais causas de morte, mas as doenças crônicas e acidentes, associadas principalmente ao comportamento e ao ambiente (LALONDE, 1981). Apesar do novo perfil de morbimortalidade, segundo o autor, o sistema de saúde canadense prosseguia médico-centrado (incluindo assistência médica, hospitalar, exames laboratoriais e medicamentos prescritos). Nas palavras do autor,

In most minds the health field and the personal medical care system are synonymous. This has been due in large part to the powerful image

projected by medicine of its role in the control of infective and parasitic diseases, the advances in surgery, the lowered infant mortality rate and the development of new drugs. This image is reinforced by drug advertising, by television series with the physician as hero (...) (LALONDE, 1981, p.11)⁴⁴.

Ao buscar ultrapassar essa visão tradicional de saúde, o autor (1996) traça o conceito de “campo de saúde”, que “permite elaborar un mapa que señala las relaciones más directas entre los problemas de salud y sus causas básicas, así como la importancia relativa de los diversos factores que contribuyen a ellas” (LALONDE, 1996, p.5).

De acordo com este autor, o campo da saúde seria composto por quatro amplos elementos:

a) biologia humana - inclui todos os fatos relacionados com saúde (física ou mental) que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo (herança genética, processos de maturação e envelhecimento, diferentes partes do organismo). Tal elemento contribui com a mortalidade e uma gama de problemas de saúde (doenças crônicas, transtornos genéticos, malformações congênitas);

b) meio ambiente - abrange os fatores relacionado com a saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais se tem pouco ou nenhum controle individual (como a qualidade da água, o destino do lixo, a contaminação da água e do ar, etc.);

c) estilo de vida - conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo com relação à saúde e sobre as quais se exerce certo grau de controle;

d) organização da atenção à saúde - diz respeito à “cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos na prestación de la atención en salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención a la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitários” (LALONDE, 1996, p.4).

A partir desse referencial, o analista se debruça sobre a realidade sanitária nacional e constata que estavam sendo gastas grandes somas de dinheiro e todos os esforços da

⁴⁴ “Na maioria das mentes, o campo da saúde e do sistema de cuidados médicos pessoais são sinônimos. Isto tem acontecido em grande parte devido à poderosa imagem projetada pela medicina de seu papel no controle de doenças infecciosas e parasitárias, aos avanços nas cirurgias, à queda na taxa de mortalidade infantil e ao desenvolvimento de novas drogas. Esta imagem é reforçada pela propaganda de medicamentos, por séries de televisão que apresentam o médico como herói (...)” (LALONDE, 1981, p.11 - tradução livre).

comunidade no último campo. Contudo, segundo o autor, as causas de morte no Canadá mostravam que os outros três componentes é que são responsáveis por elas e que o sistema vinha se voltando para tratar doenças que poderiam ter sido prevenidas.

Dessa maneira, considerando a saúde para além dos serviços assistenciais, Lalonde propõe a priorização de medidas preventivas e programas educativos voltados para as mudanças comportamentais e de estilos de vida (WESTPHAL, 2006).

As ideias do canadense se espalharam por diversas partes do globo sob a regência da OMS, impregnando práticas de promoção de saúde com foco na modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o tabagismo, a obesidade, questões relacionadas à vida sexual e ao abuso de substâncias psicoativas, numa perspectiva de PS que Carvalho (2004) denomina de **behaviorista**.

Terris (1996) também assinala como marco da PS um documento elaborado nos EUA, denominado “Gente Sana”, que, como o Informe Lalonde, também relaciona promoção com estilos de vida específicos.

De acordo com Labonte (1996), embora este enfoque da promoção da saúde baseado nos estilos de vida tenha obtido alguns êxitos, suas limitações são cada vez mais evidentes:

La pobreza, la precariedad del empleo y la contaminación desempeñan un papel cada vez mayor en los problemas de salud de nuestra sociedad y estamos empezando a comprender que ni los estilos de vida ni la epidemia actual de enfermedades crónicas pueden considerarse como hechos aislados y separados de nuestras estructuras políticas, sociales, económicas e industriales (LABONTE, 1996, p.153).

Nesse sentido, autores como Westphal (2006) mencionam que a concepção defendida no Informe Lalonde (ou “Gente Sana”) não corresponde à vertente socioambiental da PS, também denominada de “moderna” ou “Nova” - agora adjetivada em contraposição seja à posição de Leavell e Clark, seja a de Lalonde. Westphal (2007) defende, assim, que o movimento da PS se desencadeou a partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, organizada pela OMS.

1.5.2 A Conferência de Alma Ata

A Conferência de Alma Ata é tida como um marco fundamental para a discussão tanto na discussão sobre a APS quanto acerca da NPS. Na Declaração resultante da Conferência, a

saúde é concebida como direito humano fundamental (marco pioneiro num documento oficial internacional), devendo ser assegurada através da adoção, por parte dos governantes, de medidas sanitárias e sociais adequadas.

No documento, segundo Vasconcelos (2011), a grave desigualdade existente no estado de saúde da população, especialmente nos países “subdesenvolvidos” é vista como inaceitável e é considerado que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (OMS, 1978, p.3). É feita uma conclamação para a ação dos governos, profissionais de saúde e de desenvolvimento e a comunidade mundial no sentido de proteger e **promover** a saúde de todos os povos. O debate sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) vem à tona, atrelado à constatação da necessidade de **promoção da saúde** e de **intersectorialidade**.

Na Declaração final do evento, a APS é considerada uma estratégia para se alcançar Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000), objetivo que tinha sido proposto pela OMS em 1976.

Na avaliação de Giovanella e Mendonça (2008), a Conferência de Alma-Ata se coloca como um marco dos questionamentos ao modelo médico hegemônico. Não obstante, as autoras em foco mostram que Declaração resultante do evento foi contundentemente criticada por várias agências internacionais, por ser analisada como muito abrangente e pouco propositiva. Suas denúncias às desigualdades sociais, as críticas aos gastos dos países com armamentos e conflitos militares (em lugar de serem aplicados no desenvolvimento de políticas sociais), bem como seu chamado a uma nova ordem econômica e mundial internacional (OMS, 1978), que nem remotamente poderiam ser vistos como radicais, foram de encontro ao nascente neoliberalismo.

Como resultado de tais críticas, segundo Fausto e Viana (2005), foi realizada pela Fundação Rockefeller, em 1979, a Conferência de Bellagio, na Itália, na qual se defendia que, enquanto não era possível garantir APS integral, dever-se-ia adotar uma noção seletiva, através de pacotes de intervenções de baixo custo para combater as principais morbidades dos países pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Não fazendo distinções entre a concepção elaborada em 1978 e as divulgadas após a Conferência de Bellagio, Merhy e Franco (2007, p. 78) afirmam que “Alma-Ata revive as propostas da Medicina Comunitária, em novas bases e de forma mais bem acabada”. Dessa forma, partiria de uma lógica racionalizadora, buscando responder aos investimentos necessários à assistência com o menor custo possível: como os Estados não teriam mais recursos suficientes para uma atenção universal, deveriam adotar uma proposta minimamente eficiente, de baixo custo, inserindo amplas camadas da população nas ações básicas de saúde (MEHRY; FRANCO, 2007).

Segundo esses críticos, o referencial de Alma-Ata propõe a organização de um modelo de serviços de saúde, com base na correspondência linear e sequencial entre as ações de saúde e a História Natural das doenças, com uma estruturação da ação mais simples a mais complexa (níveis de complexidade da atenção a partir da imagem da pirâmide). Desse modo, de acordo com os autores mencionados, a APS se inscreve no ideário preventivista de racionalização de custos, sendo funcional à lógica neoliberal, mostrando-se insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde e sem contrariar os interesses das grandes corporações econômicas na área de equipamentos biomédicos.

É importante situar que as tensões entre a concepção de APS ampliada (que estaria prevista no documento resultante de Alma-Ata) e a restrita (defendida pelos organismos multilaterais) perpassam os anos 1980 e 1990, porém é a última que assume a direção do debate e das propostas, sendo abertamente instrumental às ideias neoliberais em curso. Nesse contexto, diversas experiências de APS em sentido restrito foram desenvolvidas em países periféricos, através de programas de extensão de cobertura.

Carvalho (2004) mostra que, em linha de continuidade com Alma Ata, se edifica a vertente socioambiental da PS.

1.6 O MOVIMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um marco importante da NPS é a “Primeira Conferência Nacional de Saúde” do Canadá, que ocorre em 1981, na qual se afirma que o contexto social é um importante determinante da saúde, posto que molda o comportamento individual, influenciado pela questão de classe social (FERREIRA; BUSS, 2002). Segundo estes autores, a promoção da

saúde enredava a atuação sobre as iniquidades sociais, direcionando seu debate para uma nova direção centrada nos elementos sociais e ambientais.

O Black Report, publicado no Reino Unido em 1980, é o primeiro documento internacional a demonstrar a relação entre etnia, saúde e qualidade de vida (ANDRADE; BARRETO; PAULA, 2011) e também se constitui em um relevante marco para a constituição da NPS. O relatório demonstra que, apesar da melhoria geral da saúde com a constituição do Sistema Nacional de Saúde, as desigualdades em saúde persistiam.

Segundo Ferreira e Buss (2002), em 1984, em outra conferência canadense, denominada “Além do Cuidado da Saúde”, que teve a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram inseridos no debate: o de **política pública saudável** (que definiremos adiante) e o de **cidade saudável**⁴⁵.

Admitiu-se, com isso, a influência na situação de saúde a partir de decisões políticas externas ao setor saúde e com a ideia de “cidade saudável” avançou-se no conceito de “empoderamento” e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multi-setorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental (FERREIRA; BUSS, 2002, p.12).

A partir do ano citado, de acordo com os autores mencionados, a OMS incorpora oficialmente a discussão sobre NPS e proposições a ela relacionadas, como as acima mencionadas.

Kickbusch (1996) assinala que a OMS realizou uma avaliação sobre a viabilidade de adoção da filosofia da NPS nos países periféricos. Isso porque poderia se estar vivendo uma inversão da discussão em torno da APS: enquanto esta era vista como aplicável somente aos países periféricos - posto ser considerada uma atenção pobre para gente pobre -, aquela estava sendo apreendida como o “adorno” do bolo de atenção da saúde dos (países) ricos, voltada para fazer mais saudáveis os que já gozam de boa saúde (KICKBUSCH, 1996).

⁴⁵“Enfoque que, segundo a OMS, apresenta políticas amplas e soluções de planejamento para problemas urbanos de saúde. Cidade Saudável articula governos locais no desenvolvimento da saúde, através de um processo de compromisso político, mudanças institucionais, parcerias e ações concretas (WHO)” (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>).

No entanto, a analista assinala que se chegou à conclusão de que apenas a “porta de entrada” da NPS era distinta: nos países periféricos, onde os sistemas de atenção sanitários não eram tão fossilizados como no “velho mundo”, a promoção da saúde poderia fazer parte, desde o princípio, das políticas de saúde e da APS. Já no “velho mundo” o desafio seria inserir a NPS nos sistemas estabelecidos de tratamento das enfermidades e de assistência médica, devido ao grande papel desempenhado pela prevenção e pela saúde pública. “Assim, pois, as estratégias e atores da promoção da saúde deveriam ser muito distintos nas diferentes partes do mundo, mas a filosofia básica seria semelhante” (KICKBUSCH, 1996, p.17).

Nesse clima, em 1986, foi organizada, pela OMS e pela Associação Canadense de Saúde Pública, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. É importante destacar que este evento contou com a participação apenas dos países centrais e “alguns poucos satélites” (STOTZ; ARAÚJO, 2004, p. 12)

Essa Conferência é considerada o principal marco conceitual e político da NPS. Nele ocorre a reafirmação da meta Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000) (BRASIL, 2002) e a promoção da saúde aparece como uma forma nova de reativar a necessidade de ações intersetoriais e as intervenções no solo político visando a melhoria das condições de saúde no planeta, como indica Restrepo (2001).

Na Carta de Ottawa, são considerados como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002). A NPS é conceituada como

O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p.20).

Conforme o documento acima aludido (p.22), a promoção da saúde indica para uma “ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais”.

A mencionada Conferência define cinco campos da promoção da saúde⁴⁶:

- a) políticas públicas saudáveis⁴⁷;
- b) criação de ambientes favoráveis;
- c) reforço da ação comunitária;
- d) desenvolvimento de habilidades pessoais;
- e) reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Assim, a partir da Conferência de Ottawa, foram realizadas pela OMS e suas regionais diversas iniciativas multinacionais⁴⁸, que cumprem importante papel na difusão da filosofia da NPS⁴⁹, no desenvolvimento e amadurecimento do conceito de PS, bem como no esclarecimento dos princípios que a norteiam.

De acordo com a OMS (WHO, 1998), os princípios da NPS são:

- a) **Concepção “holística” de saúde** – pautada na compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006) e de seus determinantes sociais;
- b) **Equidade** - “alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e

⁴⁶ Para um detalhamento do que significa cada um desses campos, cf. Westphal (2006).

⁴⁷ Ferrinho e Rego (2011) situam que esse termo surgiu na Conferência de Ottawa, momento em que se reconhece que a tessitura de políticas saudáveis constituem fundamento para o desenvolvimento de comunidades socialmente justas e equitativas. A Conferência de Adelaide teve o conceito como tema central, que as definiu como caracterizadas “(...) pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Afirma, também, que a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos” (BRASIL, 2002, p.35). Os autores citados argumentam que a efetividade das políticas públicas saudáveis requer um âmbito multisetorial e uma estratégia colaborativa (envolver todos setores governamentais e estar ligada ao poder central e demais níveis federativos, além de envolver organizações comunitárias, setor privado e organizações não governamentais. Além disso, de acordo com os analistas em foco, tais políticas são constituídas por quatro traços principais: forte compromisso com a equidade social; reconhecimento da relevância do ambiente social, econômico e físico como determinantes da saúde; facilitação da participação pública no processo político; cooperação dos diversos setores governamentais para a sua implementação. Ferrinho e Rego (2011, p.7) demonstram ainda que o tema foi recentemente retomado através da estratégia de “Saúde em Todas as Políticas”, que “(...) é uma estratégia transversal que propõe uma intervenção pública nos determinantes da saúde, com vista à obtenção de ganhos em saúde do indivíduo e da população (SIHTO; OLLILA; KOIVUSALO, 2006)”.

⁴⁸ São elas as conferências ocorridas em Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Bogotá (1992); Port of Spain (1993); Jacarta (1997); México (2000); Bangkok (2005); Nairóbi (2009).

⁴⁹ Vale registrar, por exemplo, a realização de diversas Conferências Mundiais e regionais pela Unión Internacional de Promoción de la Salud e Educación para la Salud (UIPES), organização de articulação de profissionais da área.

assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (BRASIL, 2002, p.21).

c) **Intersetorialidade** – ao apontar a necessidade de superar abordagens setoriais, posto que a NPS ultrapassa os cuidados de saúde, inserindo a temática sanitária na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, como indica o texto acima citado.

d) **Empoderamento** - a NPS objetiva aumentar “as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor” (BRASIL, 2002, p.23). Isso ocorreria através do apoio ao desenvolvimento pessoal e social pela via da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Sícole e Nascimento (2003, p. 109), afirmam que o termo empoderamento diz respeito “ao processo de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de poder”.

e) **Participação social** – supõe a participação de todos os sujeitos envolvidos na saúde: membros da “comunidade”, profissionais de saúde, governantes e outros setores e agências nacionais e internacionais. Desse modo, a responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre tais sujeitos (BRASIL, 2002). Assim, a NPS se desenvolve via “ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde” (BRASIL, 2002, p.23).

f) **Ações multi-estratégicas** – “A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais” (BRASIL, 2002, p.22).

g) **Sustentabilidade** – o texto da OMS (1998) se refere expressamente à premissa da garantia de sustentação econômico-financeira e institucional nos programas de NPS. Contudo, os textos das Conferências indicam sua relação com o desenvolvimento sustentável, conforme sustentam Sícole e Nascimento (2003). Assim, se concebe que “saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica melhoria da qualidade de vida e saúde, bem como preservação da sustentabilidade do meio ambiente” (BRASIL, 2002, p.44).

É importante registrar que, segundo Ferreira e Buss (2002) a sequência de eventos (Alma Ata, Ottawa e demais conferências da OMS, inclusive a Rio 1992) evidencia a clara interface entre os conceitos de Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis, Intersetorialidade, Desenvolvimento Sustentável e Atenção Primária de Saúde, constatação nem sempre evidente na literatura da área.

Vale destacar também que, segundo Rabello (2006), em virtude do não cumprimento da meta de SPT 2000, a OMS, tendo notado a aceitação, em diversos países, da Carta de Ottawa, decidiu assumir agora como escopo a Promoção da Saúde, partindo da suposição de que

(...) ela ajustava a ideia de promoção aos preceitos da Atenção Primária à Saúde. Principalmente os de políticas intersetoriais e de participação social. Assim, pôde ser desenvolvida uma continuidade da Declaração de Alma-Ata sem, no entanto, voltar-se ao “criticismo” inicial do não cumprimento da Meta de Saúde para Todos no Ano 2000 (RABELO, 2006, p.18).

Isso não significa que a APS tenha sido deixada de lado: ao contrário, nas estratégias da OMS e da OPS para revitalizá-la⁵⁰, a NPS tem sido inclusa. Concomitantemente, nas recentes iniciativas voltadas para o controle das doenças crônicas (DC), que envolvem, ao lado das agências multilaterais mencionadas, a Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial (BM), além de Chefes de Estado e Ministros da Saúde, tem havido a insistência na APS e na tessitura de redes de atenção sob a sua coordenação (PAIM, 2012).

Essas estratégias fazem parte de um movimento que, segundo Paim (2006), tem sido trazido à tona pela OMS a partir de fins da década de 1990: o debate sobre a “Nova Saúde Pública”, às vezes utilizada como sinônimo da NPS. Suas tarefas seriam a prevenção de doenças não infecciosas; a prevenção de doenças infecciosas; a promoção da saúde; a melhoria da atenção médica e da reabilitação (PAIM, 2006). Cumpre registrar que, na avaliação do autor em tela, a vertente da Nova Saúde Pública acaba por reafirmar a dicotomia entre saúde pública e assistência médica.

⁵⁰ Através da “Renovação da Estratégia Saúde para Todos” em 1998; “25 Anos de Alma Ata”, em 2003; e a atual “Saúde Para Todos Mais do que Nunca”, em 2008 (PAIM, 2012),

Registramos que as influências da NPS adentram também a saúde suplementar e os programas de saúde do trabalhador nas empresas. Sobre a primeira, é notável a repercussão do discurso promocional na iniciativa privada. Segundo Franco et al. (2010), nas últimas décadas tem ocorrido um movimento de reestruturação produtiva na saúde suplementar, visando a redução dos altos custos com a assistência à saúde⁵¹. Nesta perspectiva, segundo os autores citados, tem havido esforços para a substituição de práticas mais usuais, mais caras, focadas nos atos prescritivos e na realização de procedimentos, por estratégias de produção do cuidado alternativas, como a atenção domiciliar e práticas de prevenção de riscos e enfermidades e de promoção da saúde.

Observamos também que diversas empresas têm desenvolvido programas de NPS voltados para seus trabalhadores, também com o objetivo de redução dos gastos com assistência médico-hospitalar de seus empregados, assim como para melhoria dos seus desempenhos produtivos (CZERESNIA, 2003).

É interessante atentar ainda que o ideário da NPS, embora tenha surgido no interior dos debates sanitários e da OMS, teve influência direta também, de acordo com Rabello (2006), de agências multilaterais fora do setor saúde, tais como o BM, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC).

Nesta linha, uma estratégia que vem sendo amplamente divulgada a partir de 2007 é a “Saúde em Todas as Políticas”, conforme expresso na Declaração de Adelaide (OMS, 2010), que propõe a inserção da interface entre a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento econômico na agenda política de todos os países, defendendo a necessidade de ações governamentais coordenadas entre os diversos setores, em articulação com a iniciativa privada e a população em geral.

É importante situar ainda que, segundo Arroyo (2009), tem havido uma preocupação com a formação em promoção da saúde⁵², especialmente relativas ao desenvolvimento de

⁵¹ Esse movimento não significa, contudo, a ultrapassagem da racionalidade biomédica que, sob a denominação de *Managed Care* (modelo de Atenção Gerenciada), é redimensionada e ajustada à lógica da financeirização e continua predominante no setor privado: com exceção do consumismo médico e da ênfase na cura, o “novo” modelo tem as demais características do modelo médico-hegemônico (PAIM, 2008). Para maiores informações, cf.: PAIM (2006, 2008).

⁵² Expressão desse processo foi à realização da Conferência para o Consenso de Galway (“Galway Consensus Conference”), na Universidade da Irlanda, em Galway, em junho de 2008. O evento foi organizado pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), a Sociedade de Educação em Saúde

competências para atuação nesse campo, tema que – inserido na pauta da formação em saúde - tem gerado interesse nas universidades, nos governos nacionais, nas organizações profissionais e no setor de serviços de saúde em nível global e regional. O autor aludido mapeia a existência de diversificados cursos de pós-graduação na área (incluindo mestrado e doutorado), de licenciatura e bacharelado, de extensão, entre outros, que envolvem apenas a NPS ou se associam à Educação em Saúde.

Do exposto, constatamos que a NPS tem tido uma relativamente ampla penetração em políticas sanitárias e outros campos relacionados à saúde, em várias partes do globo, embora com intensidades distintas. É sobre sua relação com a Saúde Coletiva no Brasil que nos debruçaremos nesse momento.

1.7 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como vimos, na década de 1970 havia uma série de movimentos, em nível internacional, que reivindicavam o direito à saúde e propunham alterações no modelo de atenção dominante na maioria dos países. Entre eles estava a Medicina Social latino americana, que tanto influenciou quanto foi alimentada pela Saúde Coletiva (SC) brasileira. São marcos fundamentais desse processo os trabalhos de Juan Cesar Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo, Sérgio Arouca, entre outras/os.

Enquanto perspectiva analítica, a SC tem como concepção basilar a **determinação social da saúde**⁵³, através da qual busca apreender as “determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho” (TEIXEIRA, 1989, p. 18) e suas relações com as condições de vida e de saúde das populações.

Pública (SOPHE) e os Centros para o Controle de Doenças (CDC), tendo a participação de algumas lideranças da área. “Seu propósito foi o intercâmbio global e a colaboração entre países, visando à identificação e construção de competências fundamentais em promoção da saúde e educação para a saúde, assim como o desenvolvimento de força de trabalho. Prevê a construção de uma escala e de um sistema de acreditação de centros e instituições acadêmicas que satisfaçam os critérios estabelecidos de formação e treinamento. A Declaração de Consenso (Consensus Statement), baseada nas discussões realizadas na Conferência, aponta valores e princípios, uma definição comum, e oito domínios de competências fundamentais requeridas para o engajamento eficaz nas práticas de promoção da saúde. Os domínios são: catalisação de mudanças, liderança, estimativa/diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação, advocacia e parcerias” (UIPES, 2012, p. 3).

⁵³ Que se distingue da abordagem dos DSS, como discorreremos adiante.

A partir desta angulação - influenciada pela perspectiva marxista - a saúde humana é compreendida e analisada em relação com as formas de organização da sociedade, ou seja, sua estrutura econômica e social, na medida em que esta dimensão subordina ou subsume as dimensões naturais (atinentes ao ambiente físico e à constituição genética e fisiológica dos indivíduos) (CEBES, s/d). Ou seja, a explicação para as profundas distinções na qualidade de vida das diferentes classes sociais, gênero e etnia precisam ser buscadas na organização da sociedade capitalista, suas formas de propriedade, poder e divisão social do trabalho (GARCÍA, 2010), ainda que nos dois últimos elementos não se restrinjam a ela.

Tal abordagem não nega a determinação biológica das condições de saúde, mas busca precisar o seu peso em face dos determinantes comportamentais e sociais (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Como mostra Berlinguer (1987, p.52),

A doença, para o homem, não pode mais ser considerada como um fenômeno puramente biológico. As doenças são diferentes segundo as épocas, as regiões, e os estratos sociais. São, quase certamente, um dos espelhos mais fiéis e mais dificilmente elimináveis, porque são resultantes do modo como o homem se relaciona com a natureza (da qual é parte), através do trabalho, da técnica e da cultura, isto é, através de relações sociais determinadas, e aquisições científicas historicamente progressivas.

Com base em tais proposições, o Movimento de Reforma Sanitária reivindicava mudanças não apenas no modelo de atenção à saúde, mas na sociedade brasileira como um todo.

Para compreensão deste movimento⁵⁴, Teixeira (2009) indica algumas de suas hipóteses explicativas, das quais destacamos a adoção de uma concepção ampliada de saúde

⁵⁴ Vale situar que o MRS era um movimento heterogêneo, que aglutinava militantes de distintas posturas políticas e teóricas, de diferentes movimentos e partidos políticos.

Apesar de ter tido bastante visibilidade nos anos 1980, Paim (2008) advoga que a RSB não é apenas o movimento social que a propulsou nem meramente uma política social e de saúde, portanto, não se reduz ao SUS (ainda que este expresse algumas de suas dimensões setorial, institucional e administrativa). Desta forma, contrariando a ideia de que este circunscreto às décadas de 1970 e 1980 ou que se resuma à luta pela criação do SUS, para o autor em foco, a partir de 2005 vem ocorrendo um processo de rearticulação de movimentos acadêmicos e movimentos profissionais na defesa da Reforma Sanitária. O analista afirma que tal renovação teria como vanguarda o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e aglutina entidades como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Não obstante, como podemos subentender a partir da análise de Bravo e Correia (2012), algumas das questões centrais postas pela RSB (anteriormente referidas) não mais estão subjacentes às reivindicações de algumas das citadas entidades ou de autores que foram fundamentais na luta pela reforma nos anos 1980, dentre os quais o CEBES, a ABRASCO e a Federação Nacional de Médicos (movimento

como resultante das formas de organização social da produção, mas também fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando na conformação de sua concretização histórica e singular; a luta pela democracia na sociedade brasileira, na política e no modelo de atenção à saúde; a consideração das classes populares como sujeitos políticos; a busca da generalização da consciência sanitária; a reivindicação da sustentabilidade financeira necessária à construção de um sistema amplo de proteção social; entre outros.

O cenário no qual tal movimento emerge é marcado pelo agudizamento da questão social advindo do modelo adotado pela autocracia burguesa, a partir do qual o setor saúde vivencia uma grande crise.

É importante pontuar que, até meados dos anos 1980⁵⁵, a política de saúde era cindida entre saúde pública e assistência médica (previdenciária) e as experiências de APS no Brasil consistiam em ações pontuais (com adoção do modelo sanitário norte americano) ou em programas de extensão de cobertura.

médico), como a determinação social do processo saúde e doença, a luta contra a privatização e a defesa intransigente da saúde pública. Em contraposição a essa direção – que pode ser pensada como parte do transformismo ou cooptação de tais lideranças por parte do governo do PT, como indica Soares (2010) - um grupo de militantes, busca retomar as bandeiras acima destacadas, a exemplo da articulação em torno de “Fóruns em Defesa do SUS e contra as privatizações”.

⁵⁵ Em termos históricos, fazendo uma relação com os modelos de atenção à saúde dos quais tratamos anteriormente, de acordo com Andrade, Bueno e Bezerra (2006), a história sanitária do Brasil mostra que, durante o período colonial, alguns problemas de saúde e higiene estavam sob responsabilidade das localidades, como a limpeza das ruas e quintais. A medicina liberal se voltava para os que podiam pagar por seus serviços. A assistência à saúde da população pobre e indigente (quando) acontecia através da iniciativa filantrópica e instituições beneficentes, ligadas à igreja. O restante da população ou buscava atendimento dos médicos existentes ou recorria aos cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos. Nesse período, havia o predomínio de doenças pestilenciais. Com o Império, ocorrem algumas pequenas alterações no âmbito da saúde. De acordo com Nunes (1980), a ideia de medicina urbana emergiu no país no início do século XIX, pela via higiene pública e da medicalização do espaço urbano, com adoção de medidas urbanísticas para enfrentar problemas de saúde (atribuídos ao clima) (NUNES, 1980, p.14). É apenas na República Velha, com o início da construção do Estado-nação, que “nasce” efetivamente a saúde pública no país. Assim, a partir dos anos 1920, quando se constata o embrião da proteção social no país, ocorre a dicotomização da atenção à saúde: de um lado ocorre a construção da previdência social, que abrange a atenção médica para os(as) trabalhadores formais. Quanto à assistência médica da população não inserida no mercado formal de trabalho, continuava da mesma forma que anteriormente: hospitais filantrópicos ou beneficentes. De outro lado, desenvolvem-se ações de saúde pública, meramente preventivas, voltadas especialmente para a população urbana, visando evitar problemas de saúde que poderiam afetar o modelo agroexportador, bem como objetivando o saneamento dos portos e vias de circulação dos produtos, através de ações campanhistas. Com o processo de industrialização acelerada vivenciada pelo país nos anos 1950, ocorre um deslocamento do polo dinâmico para os centros urbanos, contexto no qual se estabelece mais amplamente o modelo biomédico (ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2006). Este continua tendo como seu complementar e subalterno o modelo sanitário (para usar o termo de PAIM, 2008) ou sanitário-campanhista (PERET, 2001).

Nos anos 1960, tivemos influência da MP e MC, através da implantação de departamentos de Medicina Preventiva dos cursos de medicina, que desencadearam a criação de experiências de MC através da integração docente-assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Assim, nas escolas médicas, apregoava-se a necessidade de uma abordagem integral, defendendo-se a dimensão coletiva da saúde, o trabalho em equipe e a articulação intersetorial. Destarte, nos anos 1970 foram organizados núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de atenção à saúde - financiados pela OPAS e instituições filantrópicas, como a Fundação Kellogg – que aglutinavam intelectuais críticos ao delineamento da política de saúde no período da autocracia burguesa, utilizando o espaço da Medicina Comunitária para politização da saúde, reflexão e elaboração de respostas aos problemas de saúde (SILVA JÚNIOR, 1998, apud MERHY; FRANCO, 2007). Segundo Giovanella e Mendonça (2008), essas diversas experiências se difundiram e indicaram a urgência de reforma setorial, tendo se constituído no berço da RSB.

Este articula trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais que exigiam mudanças na atenção à saúde no país. Segundo Arouca (apud PAIM, 1999, p.473), a RSB representava, “por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema”.

Paim (2008) afirma que a Reforma Sanitária não se referia apenas a mudanças na política de saúde, mas a uma totalidade de mudanças, que abrange diversas reformas: “social”, do Estado, da sociedade e da cultura, intelectual e moral.

As discussões sobre a modificação do modelo de atenção à saúde abrangiam dois âmbitos: o primeiro seria o da macro-política, que envolve as decisões sobre as políticas sociais em geral, o planejamento, a gestão e a coordenação da rede sanitária, no qual a perspectiva do enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais deveria estar presente. O segundo seria o da organização dos serviços sanitários, envolvendo principalmente o processo de trabalho das equipes (COSTA, 1998).

Pasche e Hennington (2006) afirmam que a produção de práticas de saúde mais integrais – umas preocupações centrais da RSB – requisitaria uma articulação de operações em diversos níveis, dentre os quais indica:

- a. **“plano da política:** disputa por hegemonia cultural na sociedade por certa concepção de processo saúde-doença-atenção;
- b. **plano institucional:** construção de condições concretas para o desenvolvimento de um sistema de saúde capaz de acolher as necessidades de saúde das populações e de intervir sobre seus fatores determinantes;
- c. **plano da clínica:** ampliação das estratégias do cuidado a partir do entendimento que o sujeito e o adoecimento se produzem no entrecruzamento dos planos biológico, social e subjetivo;
- d. **plano da gestão:** democratização das instituições de saúde com a instauração de processos de redistribuição das cotas de poder entre trabalhadores, usuários e gestores” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.37 – grifos do autor).

Neste sentido, de acordo com Bravo (2006), o citado Movimento tinha como principais propostas: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local.

Como sabemos, a Carta Magna de 1988 incorpora algumas das proposições da RSB e propõe a criação do SUS (sobre o qual trataremos no próximo capítulo), concebido enquanto um dos tripés da Seguridade Social, ao lado das políticas de previdência e assistência social. A saúde é concebida como dever do Estado e direito de cidadania. O SUS é regulamentado através da lei 8.080/1990, complementada pela lei 8.142/1990.

Analisamos que é por trilhas muitas vezes sinuosas, de aproximações ou diferenciações entre seus marcos teórico-conceituais, de confluências e dissonâncias, que se vem estabelecendo as relações entre a RSB e a NPS no país (CASTRO; MALO, 2006). Neste sentido, Pasche e Hennington (2006) advertem que, embora seja comum que a história, a trajetória e os fundamentos do SUS e da NPS sejam confundidos, há necessidade de cuidadosa análise de seus contextos de emergência e princípios, buscando perceber contatos, confluências e tensões.

Constatamos que a Saúde Coletiva/RSB e a NPS são contemporâneos e possuem

alguns traços de questionamentos ao modelo hegemônico semelhantes, conforme indica Campos (2005). Não obstante, conforme este autor, enquanto a primeira ficou restrita ao âmbito nacional, o debate promocional foi imediatamente incorporado ao discurso de vários organismos internacionais, espalhando-se por todo o mundo. Carvalho (2005, p.148) supõe que a explicação para isso “decorre tanto da desigual capacidade de divulgação da produção intelectual dos países periféricos”, quanto da “incompatibilidade do SUS, e nele da Saúde Coletiva, em relação aos ditames neoliberais que permeiam a lógica de funcionamento das agências multilaterais”. Campos (2005) reforça essas hipóteses, mostrando que a crítica advinda da Saúde Coletiva, embora reformista e pragmática, pode ter sido considerada muito aguda e exigente para o referido contexto.

Em nosso país, segundo Campos (2006a), Promoção da Saúde é um termo que provoca controvérsias: de um lado, causou estranhamento e resistência por parte de profissionais mais ligados à RSB, em virtude de estar intimamente associada à normatização dos estilos de vida (CARVALHO, 2004; WESTPHAL, 2007). De outro lado, a partir de algumas tendências no interior da RSB, articulou-se à produção social da saúde, ao “fazer-se à brasileira” na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2006).

Apesar do Brasil não ter estado representado em Alma Ata ou Ottawa (FERREIRA, 2010), aparentemente alguns pontos do debate internacional sobre a NPS dialogaram com as requisições da RSB e sua luta pelo SUS.

Expressão desse processo é o uso do termo “promoção da saúde” no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, mesmo ano em que se realizou a Conferência Canadense, em novembro, como informa Costa (2012). Também no texto constitucional a PS é citada, ao lado da prevenção, proteção e recuperação da saúde, como um tipo de ação (ALBUQUERQUE, 2011).

Segundo Campos, Barros e Castro (2004), o ponto de comunicação mais evidente entre a NPS e a RSB é o conceito ampliado de saúde e sua produção social. Pasche e Hennington (2006) apontam como outro elo o princípio da intersetorialidade.

Além desses, consideramos que o debate sobre o princípio da integralidade⁵⁶

⁵⁶ Segundo Mattos ([s.d.]), no cenário da luta da RSB, a integralidade é uma noção amálgama, que envolve diversos sentidos, dos quais ele destaca três. O primeiro seria a abordagem do indivíduo (pelos profissionais de saúde) como inserido em um contexto social, econômico, histórico e cultural, considerando-o em suas múltiplas

(reivindicação da RSB incorporado legalmente ao SUS) parece dialogar com alguns elementos presentes no movimento da NPS.

Apesar de serem coetâneos e dos aparentes pontos de intersecção entre os dois movimentos, havia, na década de 1980, uma postura de reserva – **política** – à incorporação do debate internacional. Na análise de Pasche e Hennington (2006), isso se devia ao fato de que a RSB tem como uma de suas categorias mais caras a perspectiva da totalidade⁵⁷, herança marxista, angulação esta responsável por boa parte da criticidade da Saúde Coletiva em relação à NPS.

Neste sentido, os autores mencionados mostram que a RSB, com sua preocupação com a reforma do sistema de saúde como um todo, contrapunha-se à tradição dos organismos internacionais, de adoção da APS e da NPS “sem, muitas vezes, se propor mudanças na dinâmica da organização dos modos de produção de saúde, hegemonzados, como no Brasil, por serviços e práticas direcionados para a cura e reabilitação, sustentadas na lógica do mercado privado” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.20).

De acordo com os analistas citados, outra peculiaridade do movimento tupiniquim é a compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, do qual “se exigia (...) o cumprimento de orientações gerais inscritas na formalidade do Estado de Direito” (PASCHE; HENNINGTON, 2006, p.21). Isso significa uma distinção em relação às proposições da NPS - que abundavam no cenário internacional - como meras orientações de governo.

É interessante destacar que, no debate brasileiro da RSB, existia uma ênfase na indissociabilidade entre a integralidade e os demais princípios do SUS, assim como uma discussão específica sobre o setor sanitário (distintamente do movimento em torno da promoção), como se pode perceber em Mattos ([s.d.]) e Cecílio (2006).

Outro motivo para a resistência inicial à NPS era a compreensão de que ela configurava

dimensões e não apenas a doença. O segundo diria respeito à organização das práticas de saúde, que deveriam estar voltadas não apenas para a assistência, mas para responder às necessidades de saúde dos usuários, envolvendo também ações de prevenção e promoção da saúde. O terceiro abrangeria o desenvolvimento das políticas sociais no que se refere à recusa de recortar os usuários por problema ou o reduzir a uma de suas dimensões, mas responder ao conjunto de necessidade de saúde de uma população. Há que se observar, contudo, que a Constituição Federal de 1998 restringe a integralidade ao acesso a serviços em todas as redes de atenção, o que subentende a PS como um nível de atenção.

⁵⁷ Sobre a categoria totalidade, é importante mencionar que o marxismo não investiga nenhum fenômeno social como se fora isolado: busca apreender, considerando determinadas mediações, suas contradições e relações com a totalidade inclusiva que é a sociedade burguesa (NETTO, 2009, p.29).

um conjunto de propostas elaborado em países centrais, com realidade socioeconômica bastante distinta do quadro nacional e problemas sanitários também diferentes. Fora justamente contra essas importações teóricas descontextualizadas que a Medicina Social Latino Americana se colocara, ao defender a necessidade de análises sobre a realidade de periferia do capitalismo vivenciada pela nossa região. Carvalho e Buss (2008) assinalam que, por este motivo, foi cunhada na América Latina a expressão “Promoção da Saúde Radical” para indicar que o movimento de NPS precisa estar articulado à perspectiva da “mudança social”⁵⁸.

É importante ainda mencionar a resistência à vertente da NPS que normatiza estilos de vida e culpabiliza indivíduos, que, segundo Campos (2006, p.11) apareceria “(...) no Sistema Único de Saúde como mecanismo internacional de redução dos compromissos do Estado”.

Ainda segundo este autor, embora os discursos se adornem do adjetivo “saudável”, continuam a priorizar o enfoque nos comportamentos individuais (ligados ao tabaco, atividade física ou alimentação), tantos nos editais de financiamento, quanto nas práticas de promoção.

Nesse contexto, durante os anos 1980 e até meados da década de 1990, o conceito de promoção parece não ter assumido um lugar muito relevante nas elaborações teórico-conceituais da Saúde Coletiva, ainda que o ideário da NPS não deixasse de estar presente nas discussões.

No entanto, é a partir da década de 1990 – contexto em que a influência do marxismo na Saúde Coletiva arrefece (como já indicamos) –, que passa a acontecer uma crescente incorporação da NPS em território tupiniquim. Na política nacional, é possível observar a influência do movimento internacional em diversas iniciativas do Ministério da Saúde, como veremos no próximo capítulo.

Na literatura brasileira sobre a NPS do último decênio, embora haja diversos autores que incorporem o ideário internacional, notamos também o aprofundamento de perspectivas mais críticas, das quais são exemplos os textos de Castiel (2004) e Carvalho (2004, 2005), que contribuem para uma análise mais acurada da NPS, que realizaremos no item a seguir.

Por ora, é importante anunciar que identificamos distintas conceituações sobre promoção da saúde, relacionadas às vertentes político-ideológicas as quais seus proponentes

⁵⁸ No entanto, em toda a literatura a que tivemos acesso, não encontramos maiores referências a essa NPS “radical”.

tem se filiado, expressando às concepções do processo saúde-doença que orientam suas práticas (WESTPHAL, 2006).

Em termos didáticos, identificamos algumas concepções sobre PS no debate: PS como **nível de atenção**; como **paradigma**; como **ação** e como **parte das estratégias da RSB**.

A primeira considera a PS como **nível de atenção**, como ações voltadas para fomentar (no sentido de melhorar, incrementar) a saúde dos não enfermos. Desse modo, assemelha-se à prevenção primária do modelo de Leavell e Clark (1977) e viria relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS), considerada o espaço no qual as ações promocionais seriam desenvolvidas.

Vale comentar que, tendo por parâmetro o referencial preventivista, notamos que há uma tendência a desconsiderar a linha divisória entre a prevenção da saúde e a PS⁵⁹. Como mostra Buss (2002), a primeira está mais associada a questões da clínica e da medicina preventiva: como evitar, curar, mitigar. Seus focos são a doença e as estratégias para enfrentá-la através dos impactos nos fatores mais íntimos que a desencadeiam e seu lócus de responsabilidade e unidade de análise é o indivíduo e seus aspectos biológicos (WESTPHAL, 2006).

Já a promoção parte de um enfoque mais amplo, ao identificar e enfrentar macrodeterminantes do processo saúde-doença (BUSS, 2002; MENDES, 1996), estando conectada aos aportes advindos de Ottawa. De acordo com o analista em foco, seus objetivos são: a transformação das condições de vida para que sejam mais saudáveis; a modificação dos processos individuais para tomadas de decisões saudáveis; o desenvolvimento de um conjunto de ações e decisões coletivas que favoreçam a saúde e o bem-estar.

Cabe observar, entretanto, que na área da atenção à saúde, apesar de distintas, a prevenção e promoção, bem como a clínica ou a atenção curativa, estão imbricadas, posto que se constituem "em campos complementares no esforço integrado de melhorar a saúde da população" (BUSS, 2002, p.1).

⁵⁹ Embora fuja ao escopo deste trabalho, não podemos deixar de indicar que outra importante distinção é entre a Educação em Saúde (ES) e a PS. Nas palavras de Morosini, Fonseca e Pereira (2009, não paginado), a ES pode ser considerada um dos eixos de sustentação da promoção e "vê-se diante do desafio de não reproduzir, a partir da incorporação instrumental da categoria de risco e da ênfase na mudança de comportamento, a mesma redução operada pelo higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, acabou por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde/doença". Sobre a relação entre NPS e ES, ver texto de Kickbusch (1996) e Chapela (2010).

A segunda ótica se refere à NPS como **paradigma** pautado na visão holística do processo de saúde-doença e da forma de intervir no mesmo, implicando em mudanças na forma de entender e atuar em saúde, pautada na ideia de sua produção social (BUSS, 2002). Diz respeito à adoção da ideia presente na Conferência de Ottawa (BRASIL, 2002).

Consideramos que nessa direção podem ser incluídas também as perspectivas que apontam a promoção da saúde como um **campo conceitual e de práticas** (BUSS, 2000); ou como um **campo novo para a produção de conhecimentos, formação⁶⁰ e prática** (FRANCO DE SÁ, 2008).

Também existe a ideia da promoção da saúde como **ação** ou **atividade** desenvolvida eventualmente por profissionais ou equipes de saúde, ou seja, efetivada por sujeitos que estão inseridos nos serviços de saúde, e não como diretriz de trabalho ou da política, como pode ser percebido no estudo realizado por Costa (2010) ao analisar a intersectorialidade.

Subentendemos uma quarta acepção de PS (que adotamos) entre as **estratégias** propugnadas pelo Movimento de **Reforma Sanitária Brasileira** dos anos 1980. Embora a produção teórica da Saúde Coletiva, na década de 1980, não tenha se voltada para a discussão da NPS, como indicamos, nem a VIII Conferência Nacional de Saúde, documento-marco do citado movimento, apresente uma acepção mais definida do que seria a promoção da saúde, a concepção que lhe está subjacente possui conexões com o debate da NPS e inclusive o ultrapassa, quando questiona a ordem social, como podemos verificar no trecho a seguir:

(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.2).

O texto acrescenta que o direito à saúde implica a garantia, por parte do Estado, de condições dignas de vida e acesso aos vários níveis de atenção à saúde. Enfatiza que

⁶⁰ Cabe destacar que, nos últimos anos, vem sendo criados diversos cursos voltados para a PS, com destaque para os de pós-graduação. No Brasil podemos citar os mestrados da Universidade de Franca (UNIFRAN), da Universidade de Santa Cruz do Sul e do Centro Universitário de Maringá, além do Mestrado Profissional em Exercício Físico na Promoção da Saúde da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). A PS tem se colocado também como área de produção de conhecimento, na qual se destaca a criação do GT de Promoção da Saúde da ABRASCO, que vem aglutinando pesquisadores de todo país envolvidos com a temática, bem como organizando eventos e iniciativas na área da PS, como os Seminários Brasileiros de Efetividade em Promoção da Saúde, que teve sua última edição em 2010.

Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, há simultaneamente, necessidade do Estado assumir uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais pela população (BRASIL, 1986, p.4).

Como podemos observar, a RSB destaca as condições de vida como questão central da saúde, sinalizando claramente para o enfrentamento das desigualdades sociais, para a modificação da organização social da produção (COSTA, 2013).

Aqui endossamos a análise de Costa (2012) de que, ainda que a VIII CNS não mencione o termo intersetorialidade, esta concepção atravessa os debates e deliberações da Conferência. Em nossa avaliação, também o debate acerca da PS está latente em tais afirmações. Contudo, é imprescindível registrar que o texto da mencionada Conferência possui uma radicalidade política ausente no discurso da NPS.

Desse modo, consideramos que, tendo como parâmetro a RSB dos anos 1980, a PS pode ser pensada como estratégia em nível da política de saúde em geral (e seus esforços no sentido da intersetorialidade com as políticas econômicas e com as demais políticas sociais) no enfrentamento da determinação da saúde; bem como na gestão local da política e dos serviços de saúde e em como isso se traduz na micropolítica do trabalho cotidiano dos profissionais sanitários.

Tendo tal compreensão como horizonte, no próximo capítulo procederemos uma análise acerca da NPS.

2 CRÍTICAS AO MOVIMENTO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Examinaremos nesse capítulo a relação da NPS com as transformações societárias que vivenciamos coetaneamente, com foco no seu papel em relação à nova pedagogia da hegemonia que se adota no cenário atual⁶¹.

Na perspectiva analítica que adotamos nesse estudo, consideramos também ser fundamental buscar apreender as relações da NPS com o atual quadro societário. Aqui, mais uma vez, gostaríamos de registrar o desafio de ir além da aparência do debate promocional: apesar de sua associação com o ideário neoliberal, seus princípios e estratégias são aparentemente progressistas e não estão completamente associados à ortodoxia neoliberal. Deste modo, somente uma análise mais acurada do cenário mundial e da heterogeneidade da NPS possibilitam apreender melhor seus nexos com os processos hegemônicos que se estabelecem no cenário coetâneo, bem como uma apreciação crítica a respeito de seus princípios. Vejamos.

2.1 O CENÁRIO DE EXPANSÃO DA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE: O SOCIAL-LIBERALISMO E A BUSCA DE UMA NOVA HEGEMONIA

A partir de meados dos anos 1990, tem havido uma guinada no discurso das agências multilaterais, inclusive do Banco Mundial (principal executor e difusor dos ajustes estruturais), em relação às proposições neoliberais: passam a reconhecer o agudizamento da pobreza, especialmente nos países periféricos, em decorrência de tais políticas. “É neste contexto que o debate conceitual sobre a equidade adquire significação (ALMEIDA, 2002)” (STOTZ, ARAÚJO, 2004, p.10).

⁶¹ Cabe aqui um alerta: diante da amplitude das estratégias propugnadas por esse movimento, assim como da densidade teórico-política dos conceitos envolvidos na discussão, o aprofundamento requerido pela temática ultrapassa as possibilidades da atual pesquisa. Deste modo, esboçaremos uma análise, ainda bastante embrionária, em relação à funcionalidade da NPS ao ideário da ordem capitalista coeva; bem como traçaremos algumas considerações sobre seus princípios, visando esclarecer os termos postos no debate.

Tal alteração de rota, no entanto, não é acidental nem emerge de maneira abrupta: significa a incorporação de uma perspectiva que viera à tona “(...) na mesma ‘sala de máquinas’ do neoliberalismo – os Estados Unidos” (CALLINICOS, 2007, p.3), também nos anos 1970: nas palavras do autor citado, nasce certo tipo de liberalismo igualitário, que envolve teorias filosóficas sobre a justiça onde a igualdade econômica e social é percebida enquanto um dos valores componentes das sociedades capitalistas liberais⁶².

Essa perspectiva de revisão ideológica do neoliberalismo, que Branco (2012) denomina de **social-liberalismo**⁶³, seria uma tentativa da classe dominante de dar resposta às variadas tensões resultantes do acirramento das expressões da questão social advindas dos ajustes estruturais decorrentes da implementação do neoliberalismo, conformando uma nova hegemonia. Contudo, longe de ser uma proposição radicalmente nova, de acordo com Lima e Martins (2005), o social-liberalismo coloca uma nova roupagem no projeto burguês, preservando as bases neoliberais, agregando-o a componentes centrais do reformismo socialdemocrata.

A ampla divulgação desse “novo” projeto político é decorrência de dois processos concomitantes: uma ampla crise econômica (cuja expressão são as crises financeiras que eclodem desde os anos 1990, como a do México, dos Tigres Asiáticos, da Rússia, do Brasil, da Argentina, como mostra Branco, 2012), aliada a uma profunda crise de legitimidade do ideário neoliberal.

Esta última se expressa, de um lado, na inexorável ampliação da pobreza e da desigualdade em escala global e no interior dos diferentes países (CALLINICOS, 2007, p.1).

⁶² “Como tradição histórica de pensamento, o liberalismo foi compreendido a partir da ideia que afirma que os valores das grandes revoluções burguesas só poderão ser realizados no contexto fornecido por um capitalismo de mercado e um governo constitucional, e isso é compatível a perspectivas significativamente diferentes com relação às condições sociais e econômicas. John Maynard Keynes e Friedrich Von Hayek foram duas das figuras mais importantes do liberalismo do século XX. O primeiro, reconhecido apóstolo do capitalismo regulado e padrinho intelectual do moderno Estado de bem-estar, o segundo, seu feroz oponente anti-igualitarista e anti-intervencionista” (CALLINICOS, 2007, p.3).

⁶³ Tal vertente incluiria as teses contemporâneas do “socialismo burguês”, das quais Branco (2012) destaca a Terceira Via (Anthony Giddens), a Via 2 ½ (Alain Touraine), o pós-Consenso de Washington (John Williamson), a “nova questão social” (Pierre Rosanvallon), o desenvolvimento humano (Amartya Sen) e as informações assimétricas e falhas do mercado (Joseph Stiglitz). Lima e Martins (2005) também situam sob a nomenclatura social-liberalismo a vertente centro-radical, centro-esquerda, nova esquerda, nova socialdemocracia, socialdemocracia modernizadora ou governança progressiva.

Segundo Boron (2010, apud MARANHÃO, 2010, p.76), com base em dados da ONU, em 2009 a população mundial era aproximadamente 6,8 milhões de pessoas, das quais

1,08 são desnutridas crônicas (FAO, 2009); 2 bilhões não tem acesso a medicamentos (www.fic.nih.gov); 884 milhões não tem acesso a água portátil (OMS/UNICEF, 2008); 925 milhões são ‘sem teto’ ou residem em moradias precárias (ONU Habitat, 2003); 2.5 bilhões não são beneficiadas por sistemas de saneamento ou privadas domiciliares (OMS/UNICEF, 2008); 218 milhões de crianças entre 5 e 7 anos de idade trabalham em condições forçadas desempenhando tarefas perigosas e/ou humilhantes (como soldados em guerras e conflitos civis, na prostituição infantil ou em trabalho insalubre na construção civil, agricultura ou indústria têxtil).

De outro lado, o projeto neoliberal foi paulatinamente sendo posto em questão a partir de diversificadas reações das classes subalternas, que, segundo Leher (2012), assumiram fenomenais proporções, ainda que sob a tonalidade de explosões sociais (para usar os termos do autor). Assim, vem ocorrendo levantes camponeses e de povos indígenas, como o levante zapatista (BRANCO, 2012); mobilizações estudantis; greves de docentes, “(...) abrangendo um largo espectro de lutas que logram avanços no enfrentamento aos tratados de livre-comércio e aos governos neoliberais” (LEHER, 2012, p.13), entre os quais movimentos antissistêmicos. Na América Latina, segundo este autor, entre os decênios 1990 e 2000, foram destituídos quinze presidentes neoliberais.

Vale ainda destacar os movimentos que emergiram a partir de fins de 2010 que, segundo Carneiro (2012), constituem um fenômeno que há muito não se assistia: uma verdadeira eclosão de movimentos sociais com requisições específicas em cada região - porém com maneiras de luta assemelhadas e consciência de solidariedade mútua – que compuseram uma mobilização global⁶⁴.

A ampliação do desemprego e da precariedade social no decorrer da década de 2000 nos EUA e na União Europeia, sobretudo a partir da crise financeira de 2008, impulsionou o radicalismo das massas de jovens (e velhos) precários e indignados com governos socialdemocratas e conservadores, incapazes de deter o ‘moinho satânico’ do capitalismo global.

⁶⁴ “Começou no norte da África, derrubando ditaduras na Tunísia, no Egito, na Líbia e no Iêmen; estendeu-se à Europa, com ocupações e greves na Espanha e Grécia e revolta nos subúrbios de Londres; eclodiu no Chile e ocupou Wall Street, nos EUA, alcançando no final do ano até mesmo a Rússia” (CARNEIRO, 2012, p.7). É importante registrar também, no Brasil, a conhecida “Jornada de Junho”, configurada em mobilizações – repletas de distintos interesses políticos - que marcaram o país em 2013.

Portanto, os novos movimentos sociais são reverberações radicais do capitalismo financeiro senil (ALVES, 2012, p.34).

Segundo Morgenstern (2012), a crise dos EUA de 2009 acabou por jogar um holofote na injustiça de um sistema que socorria aos bancos com elevadíssimas quantias, enquanto os cidadãos perdiam suas casas e empregos. Neste sentido, o *Occupy Wall Street*⁶⁵ teria colocado a desigualdade e a equidade no topo da agenda política mundial.

É importante indicar também os movimentos que estão ocorrendo frente à grave crise socioeconômica vivenciada em alguns países da União Europeia: a explosão de protestos da juventude pobre e oprimida em Paris e em Londres; a “primeira greve internacional do século XXI”, em 14 de novembro de 2012, convocada pela Confederação de Sindicatos Europeia, que abrangeu 23 países, “(...) aglutinando milhares de trabalhadores e estudantes, que foram às ruas protestar contra o desemprego e as medidas de austeridade impostas por seus governos em obediência à Troika – FMI, União Europeia e Banco Central Europeu” (BAVA, 2012, p.3).

Assim, frente a esse grave quadro socioeconômico e de legitimidade do projeto neoliberal, as organizações multilaterais passam a admitir que o neoliberalismo “(...) não vinha oferecendo respostas políticas adequadas para garantir a **administração dos conflitos** e a **boa governança** dos mercados internacionalizados, principalmente, dos chamados **mercados emergentes**” (MARANHÃO, 2010, p.78 – grifos do autor).

Nesta perspectiva, Leher (2012, p.13) observa que a tese bancomundialista da possibilidade da pobreza se configurar como “(...) uma bomba relógio no rosto dos ricos” começa a se difundir e alcançar maiores auditórios. Os organismos internacionais passam a assumir que “(...) a exclusão de grandes segmentos da sociedade desperdiça recursos potencialmente produtivos e gera o conflito social” (BANCO MUNDIAL, 2004, apud MELO, 2005, p.77).

Diante do tamanho da crise do que o capital denomina de “governabilidade” (LEHER, 2012), há um processo de redefinição das estratégias de legitimação do consenso face à sociabilidade burguesa: a nova pedagogia da hegemonia passa pela adoção da receita social-liberal.

⁶⁵ Movimento que o autor considera “(...) incoerente e efêmero” (MORGENSTERN, 2012, p.43). Uma avaliação bem distinta, com diferentes nuances, pode ser encontrada em Harvey et al. (2012).

Esta corrente ideológica critica as proposições mais ortodoxas do neoliberalismo - como o Estado mínimo e a desregulamentação irrestrita - reconhecendo os males advindos da aplicação de tal ideário:

Os problemas globais que precisam ser enfrentados são imensos, e a esta altura bem documentados. Quantidades maciças de capital fluem ao redor do mundo, mas a maior parte desse fluxo se concentra nas regiões industrializadas e em escassos mercados na América Latina e na Ásia. Esse mal atinge as áreas mais pobres, que precisam desesperadamente de investimento em capital. As desigualdades econômicas mundiais são muito grandes. Cerca de quatrocentos dentre os indivíduos mais ricos do mundo tem mais bens do que os três milhões mais pobre em conjunto. Os níveis de poluição global continuam crescendo, e o farão ainda que as metas de Quioto sejam atingidas, o que parece improvável. A violência fundamentalista irrompeu em muitas partes do mundo, e parece propensa a se tornar ainda mais comum (GIDDENS, 2007, p.38).

Lima e Martins (2005) colocam que as ideias dessa vertente - sistematizadas por Giddens – propõem a reforma do sistema através de mudanças na política e na economia, apresentando uma nova agenda mundial no limiar do capitalismo. Latham (2007, p.51), também defensor da Terceira Via, coloca que a base deste projeto “(...) é a crença de que uma economia e uma sociedade fortes se revigoram mutuamente”. Ou seja, o crescimento da economia de mercado pode conviver com a cooperação social (e que esta abordagem se configura como uma interessante política eleitoral). Conforme este autor, a Terceira Via associa as fundações éticas do socialismo (fraternidade e igualdade) a liberdades de mercados liberalizados e democracia liberal.

Apesar da heterogeneidade das tendências no interior do social-liberalismo, conforme Giddens (2007), é possível identificar alguns pontos consensuais na reforma estrutural que a Terceira Via propõe.

O **primeiro ponto** seria a **reforma dos governos e do Estado**, mas evitando a tradicional estratégia da esquerda de atribuir progressivamente mais tarefas ao Estado, já que, para os defensores da nova corrente, um Estado burocrático e com muitas atribuições tende a não oferecer bons serviços públicos, sem contar que é “disfuncional para a prosperidade econômica” (GIDDENS, 2007, p.23). Deste modo, o governo deveria ser ativista, ágil, transparente e direcionado para o **consumidor** (GIDDENS, 2007, p.23). Na avaliação de Latham (2007), o Estado deveria ter seu papel revisado, “(...) como um facilitador, como um

habilitador: ainda envolvido no custeio e na regulamentação dos serviços, mas não necessariamente em sua prestação" (LATHAM, 2007, p.54)

O **segundo ponto** diz respeito a não sujeição do **Estado** ao mercado ou à sociedade civil⁶⁶, ainda que tendo que regular e intervir nos dois. O governo e o Estado necessitariam ser robustos o suficiente para efetuar um direcionamento para a promoção do desenvolvimento da justiça social. Haveria necessidade da intervenção estatal porque os "(...) mercados geram inseguranças e desigualdades que requerem a intervenção ou regulação do governo para serem controladas ou minimizadas" (GIDDENS, 2007, p.25).

A centralidade da **sociedade civil** abrange o **terceiro ponto** da programática da Terceira Via. Latham (2007) menciona que uma sociedade forte depende dos laços de confiança e mutualidade entre todos seus cidadãos, o que requer consistência nas redes de respeito e cooperação. Daí a preocupação da Terceira Via de "(...) fortalecer a sociedade civil através de suas políticas de delegação". Isso significaria um renascimento das "(...) fundações morais do socialismo: a confiança e o respeito mútuos, a cooperação e conectividade social e o capital social da sociedade civil" (LATHAM, 2007, p.53). Giddens (2007) enfatiza a importância do "empreendedorismo civil", relevante para que os grupos cívicos criem

(...) estratégias criativas e enérgicas para ajudar na lida com problemas sociais. O governo pode oferecer apoio financeiro ou proporcionar outros recursos a tais iniciativas. E lucrará por sua vez, já que projetos colaborativos entre o governo e grupos da sociedade civil exigirão que tais grupos sejam engajados, determinados e competentes (GIDDENS, 2007, p.26).

O **quarto ponto** afirma que o **novo contrato social deveria vincular direitos a responsabilidades**, já que possibilitar aos cidadãos direitos de provisão (e bem-estar) sem que se cobre deles responsabilidades ocasiona "(...) grandes problemas de risco moral nos sistemas de bem-estar social⁶⁷" (GIDDENS, 2007, p.26).

Desta percepção resultaria o **quinto** componente, que, segundo o autor citado, abarca a necessidade de uma **reforma do Estado de Bem-Estar**. Distintamente da clássica postura

⁶⁶ No âmbito da Terceira Via, a noção de sociedade civil vem sendo tomada como uma instância além do Estado e do Mercado. No entanto, a partir da perspectiva gramsciana, como vimos, ela é concebida como espaço de correlação de forças, de disputa pela hegemonia, politicamente bastante heterogêneo. "Lembremos, a guisa de exemplo, que a UDR faz parte da sociedade civil organizada. E como! Para não falarmos do mais poderoso aparato da sociedade civil no Brasil: a rede Globo (...)." (DIAS, 1996, p.115)

⁶⁷ Uma sistematização de tal ideia é tecida por Rosanvallon (1998).

passiva de pagamentos de transferências, serviços burocratizados e planejamento social, o governo necessitaria produzir um bem-estar ativo, através da criação de empregos comunitários, aprendizado vitalício e delegação social (LATHAM, 2007). Nos termos deste autor (p.53),

O governo precisa subsidiar a cidadania ativa, e não adular os inativos. A menos que os receptores de benefícios sociais estejam dispostos a assumir a responsabilidade de aprimorar a si mesmos e à sociedade em que vivem, eles não têm o direito de viver permanentemente à custa da sociedade. Os dias do benefício social irrestrito precisam ter fim.

O analista referido assinala que a Terceira Via se propõe também a revitalizar a universalidade do bem-estar social, não para estimular gastos governamentais, porém como forma de restabelecer ciclo entre contribuições e benefícios. “É por isso que um compromisso renovado com a universalidade precisa ser baseado em um sistema de provisão mista - a seguridade social subsidiada por contribuições privadas, juntamente com uma rede de segurança de benefícios mínimos com subsídio público” (LATHAM, 2007, p.62).

O **sexto ponto** evidencia que a criação de uma **sociedade igualitária** se coloca no cerne do horizonte da Terceira Via (GIDDENS, 2007). No entanto, tal perspectiva concebe “(...) a realização da igualdade sobre a pré-condição de uma economia de mercado” (CALLINICOS, 2007, p.10).

De acordo com Maranhão (2010) a igualdade, concebida conforme sistematizado em Sen⁶⁸ (2010), diz respeito às **oportunidades sociais** (saúde, renda mínima, educação básica) direcionadas para o “(...) **desenvolvimento das capacidades humanas dos agentes empreendedores individuais**” (MARANHÃO, 2010, p.90 – grifos do autor). Ou seja, o enfrentamento da desigualdade não ocorreria via redistribuição de renda ou alterações na propriedade privada, mas através do “(...) oferecimento de condições sociais básicas para que os agentes individuais conquistem seu lugar na competitividade do mercado livre” (MARANHÃO, 2010, p.92). Nos termos de Giddens (2007), “o mais sensato é enfatizar o igualitarismo fundado em ativos pessoais, baseado no investimento em habilidades e capacidades” (GIDDENS, 2007, p.27).

⁶⁸ Maranhão (2010) assinala que as reflexões e proposições de Amartya Sen vem sendo basilares para a construção das novas políticas que prometem envolver crescimento econômico capitalista com desenvolvimento humano e social.

A **sétima** proposta do ideário da Terceira Via é a criação de uma economia dinâmica aliada a **pleno emprego**, considerada meta factível nas sociedades centrais. Contudo, isso não significaria o retorno ao trabalho protegido (associado a direitos) e ao pleno emprego, posto que, frente às alterações nas relações de produção, haveria a necessidade de abranger também a **flexibilidade do mercado de trabalho** (GIDDENS, 2007).

O **oitavo ponto** da programática da Terceira Via se direciona à **conexão entre políticas social e econômica**, tida como central entre as propostas. Não obstante, Latham (2007, p.58) deixa evidente que

A Terceira Via se sente à vontade com a primazia do mercado. Ela não nutre o menor desejo de atalhar seu potencial de crescimento aproximando-se de uma economia planejada. Não se considera uma espécie de comissário econômico cercado por planos de indústria quinquenais. Sem a produtividade e a prosperidade de uma economia de mercado, simplesmente não é possível que o governo - por meio de políticas progressivas de transferência de impostos - redistribua os benefícios da abundância.

Neste quadro, segundo Giddens (2007), o papel do governo seria realizar um direcionamento macroeconômico adequado e cumprir disciplina fiscal; estimular a inovação tecnológica e investimento econômico; investir na educação e no treinamento de habilidades; garantir mercados de trabalho flexíveis.

O **nono ponto** seria, para o referido autor, a necessidade de desenvolvimento de **políticas ativas para combater o crime**, em curto e longo prazo. Na opinião desse analista, frente à associação (não exclusiva) entre a pobreza e a criminalidade, a redução da “(...) desigualdade deveria, portanto, ser a força motriz de programas contra a criminalidade” (GIDDENS, 2007, p.31). Além disso, haveria necessidade de novas abordagens no tratamento do crime.

Como **penúltimo ponto** o autor aludido assinala a relevância da **criação de políticas para lidar com a crise ambiental**, posto que “(...) a resolução dos riscos ecológicos não pode ser deixada a cargo dos mecanismos de mercado, embora eles tenham seu papel a desempenhar” (GIDDENS, 2007, p.32).

Por fim, no **décimo ponto** este analista apregoa a necessidade de criação de “(...) um arcabouço efetivo de **capitalismo responsável**” (GIDDENS, 2007, p.32). Tal programática, portanto, abrangeria a regulação dos custos sociais e ambientais porventura causados pelas

empresas para a comunidade mais ampla, assim como incentivos para que as empresas executassem suas “obrigações sociais”, conforme o autor citado.

Na avaliação de Mota (2010 p.18 – grifos da autora), esse tipo de discurso assume um “(...) certo **juízo moral** que, criticando os maus e desonestos capitalistas, apregoam o capitalismo sério, democrático, produtivo, redistributivo”.

Ao avaliar a Terceira Via, Leher (2012, p.14) afirma que o Banco Mundial e os teóricos lograram uma verdadeira arte: assumir o discurso do novo desenvolvimento “(...) de modo que todo o substrato neoliberal permanecesse inalterado”.

Na perspectiva de Mota (2010, p.19 – grifos da autora), tais configurações iniciam uma nova processualidade histórica, caracterizada como forma de enfrentamento à crise do capital financeiro, que expressa um “(...) novo **projeto e processo de restauração da ordem do capital**, agora legitimado e conduzido por novos protagonistas: os governos de centro-esquerda latino-americanos”.

Nesta nova edição do desenvolvimentismo, os governos de esquerda e centro-esquerda alimentam a hipótese da construção do desenvolvimento nacional (sinônimo de crescimento econômico) em articulação com políticas sociais compensatórias, visando suplantar históricas desigualdades sociais (MOTA, 2010). No entanto, apesar dos posicionamentos anti-imperialistas, antineoliberais e da defesa do desenvolvimento nacional, na análise desta autora, tais países vivenciam um verdadeiro “capitalismo tardio”. Neste sentido, a estratégia neodesenvolvimentista, abraçada também pelo governo brasileiro, “(...) é sustentada pela combinação de financeirização, crescimento econômico e políticas sociais compensatórias” (MOTA, 2012, p.22).

Desta forma, tais governos não estão executando reformas substantivas que possam reverter o desmonte das políticas sociais universais ocasionada pelo neoliberalismo: o que tem ocorrido, segundo Mota; Amaral; Peruzzo (2010, p.50), é a ampliação das “(...) políticas de exceção, de ingressos, em substituição ao direito ao trabalho”.

Esses programas de transferência de renda (a exemplo do brasileiro Programa Bolsa Família) – que vem sendo recomendados e enaltecidos pelos organismos internacionais - zelam pela modernização dos instrumentais técnicos de refinamento da seletividade, focalização; além

de ser alardeado que “seus benefícios não são altos para que o trabalho não seja desestimulado” (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2010, p. 51).

Na avaliação destas autoras, esse tipo de política amplia o consumo das famílias pobres, porém não interfere nas origens das desigualdades, já que, apesar do crescimento econômico que tem havido no continente⁶⁹, prossegue a concentração de riqueza: o que se altera é a forma de enfrentamento da pobreza via políticas de inclusão, através de cotas ou mínimos sociais, conforme demonstram as analistas aludidas.

Desta forma, sob o manto do desenvolvimentismo, ganha força a ideia do auto-emprego, do empreendedorismo; do capital social, da sustentabilidade. “Tudo isso mediado pelo discurso das oportunidades e liberdade de escolha individual” (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2010, p. 53).

Para as analistas reportadas, tais programas fazem parte da busca da construção de mecanismos ideológicos (reforma intelectual e moral) que deem sustentação ideológica aos governos de centro-esquerda e de esquerda, com base no discurso desenvolvimentista.

Só que agora, num contexto de crise, de um modelo de produção que elimina sistematicamente postos de trabalho, amplia a financeirização da economia, aprofunda e retoma processos de recolonização e espoliação por despossessão nos países periféricos (HARVEY, 2005) (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2010, p. 53).

Mota (2010) disserta que esse processo – que denomina de “re-politização regressiva” da política – vem sendo empreendido utilizando novas pedagogias de concertação de classes. “(...) Esta concertação tem por base uma ‘alianza productiva’ (PETRAS; VELTMEYER, 2009:16) que permitiria o controle dos ingressos gerados pela primarização e a extensão do bem-estar para os pobres” (MOTA, 2010, p.4).

É importante indicar que, enquanto boa parte dos países da América Latina assiste à ascensão do social-liberalismo ou do novo desenvolvimentismo – cujo ideário associa crescimento econômico e enfrentamento da pobreza sem ruptura com a ordem -, a Europa passa por um movimento no sentido contrário, onde se busca alcançar consenso das classes

⁶⁹ Esse crescimento econômico ocorre, segundo as autoras, especialmente a partir da exportação de commodities para Índia e China via primarização da economia, com “(...) expansão de empresas agrominerais nacionais e estrangeiras, cujos grupos de proprietários tem o poder no setor financeiro junto aos governos nacionais e regionais, mudando os eixos do poder político” (MOTA, AMARAL, PERUZZO, 2010, p. 55) e da super-exploração do trabalho.

trabalhadoras para a aplicação de medidas de “austeridade” impostas pelos organismos internacionais (MOTA, 2012). Segundo Bava (2012), países como Irlanda, Grécia, Portugal, Espanha, Itália, Chipre e França

estão tendo que se curvar às exigências de adoção de políticas muito similares às impostas à América Latina nos anos 1980. Dívidas externas impagáveis e com custos estratosféricos, redução do Estado e mercantilização dos serviços que antes eram públicos, privatizações, arrocho salarial, enfim, em nome de uma maior competitividade no mercado internacional promove-se o rebaixamento dos custos da força de trabalho e de sua reprodução social, coisa antes só vista no Terceiro Mundo (BAVA, 2012, p.3).

Para Mota (2012), vem à tona o discurso de que o Brasil seria o “país do futuro”, posto que “adiante da crise dos países do euro”, o que coloca a oposição entre “austeridade” versus “crescimento”. No entanto, argumenta a autora, ainda que sejam movimentos com objetivos imediatos diferenciados, o neoliberalismo e o social-liberalismo não são paradoxais ou opostos, já que possuem uma unidade subjacente: a manutenção do sistema. Ambos são “(...) determinados pela hegemonia das finanças e pelas estratégias de restauração da ordem, sob os imperativos da acumulação capitalista” (MOTA, 2012, p.22). A autora prossegue (p.23):

Ainda que sejam inegáveis os indicadores de crescimento, também os são os da ‘estrangeirização’ do território, da dilapidação ambiental, acompanhados pela desindustrialização e pela vulnerabilidade da inserção do Brasil na economia internacional via *commodities*, ademais do favorecimento da financeirização á base de altas taxas de juros e da desregulamentação da entrada de capitais internacionais e das remessas de lucros e dividendos para o exterior.

O neoliberalismo e o social-liberalismo são, segundo a analista em foco, componentes distintos do movimento universal de redefinição das relações entre Estado, mercado e classes sociais, sob a regência do capital financeiro internacional.

É neste cenário que o discurso promocional é amplamente divulgado, associado ao discurso do desenvolvimento, sob a orquestração das agências multilaterais internacionais.

Neste sentido, uma suposição que se avultou durante nosso estudo foi a ideia de que, mais do que concatenada ao neoliberalismo, a NPS se aninha no discurso do social-liberalismo, tendo uma funcionalidade na difusão dos valores e princípios do social-liberalismo, dando importantes contribuições tanto no campo da “nova pedagogia da hegemonia”, quanto para o alargamento do mercado do “bem-estar”.

2.2 A FUNCIONALIDADE DA NPS AO DISCURSO SOCIAL-LIBERAL

Inicialmente vale registrar que, em nossa análise, a vertente da NPS não é homogênea e possui diversificadas gradações e tendências, tendo um caráter polifônico e polissêmico.

Também é imprescindível assinalar que não adotamos aqui uma visão maniqueísta, que percebe a NPS como uma mera “aplicação” das orientações dos organismos multilaterais ao discurso e à política sanitária: o discurso promocional se forja num processo dinâmico, contraditório, de embates entre projetos sanitários mais amplos ou mais restritos, objetivando também responder às necessidades de saúde da população - especialmente num quadro de envelhecimento populacional e de expansão das DCNT-, e colocando questionamentos importantes em relação ao modelo biomédico. Com base em tais pressupostos, analisemos os princípios e estratégias da NPS.

Num primeiro momento, chama a atenção à sintonia dos princípios e diretrizes da NPS com as proposições sócio-liberais: termos como *empowerment*, equidade, sustentabilidade, capital social, participação ativa, responsabilidade individual etc. perpassam seus ideários e isso certamente não é mera “coincidência” histórica.

É relevante lembrar que, na disseminação da NPS, a OMS e suas agências regionais tem tido um papel fundamental. Ferreira, Castiel e Cardoso ([s.d.], p.2) afirmam que “hoje, de fato, não há como se pensar em Promoção da Saúde sem se referir à OMS”. Em nossa análise, isso pode ser pensado como parte do imperativo das organizações internacionais “(...) assumirem a condição de intelectuais ativos, responsáveis pela construção de uma nova concepção de desenvolvimento econômico que consiga construir um consenso em torno da direção política burguesa” (MARANHÃO, 2010, p.83).

É relevante mencionar que este conceito, apesar de amplamente difundido e incorporado tanto por gestores quanto por profissionais de saúde e pesquisadores da área, tem sido bastante criticado. Em nossa avaliação, os termos que estão presentes neste trecho da conceituação (capacitação, comunidade, qualidade de vida e participação) demandam uma análise mais acurada. Todavia,

infelizmente, a saúde promocional, em suas formulações científicas hegemônicas, não costuma dedicar a necessária atenção em relação a dimensões socioculturais cruciais e a questões relativas a seus fundamentos

filosóficos. Como consequência, sofre de graves tensões teóricas que as fragilizam grandemente. Seus conteúdos acabam afetados por afirmações cujo significado ou é ilimitado, ou é destituído de sentido ou quando há algum sentido, este é bastante restrito (SEEDHOUSE, 1997) (CASTIEL, 2004, p.621 – grifos nossos).

Frente a tal desafio, adentremos então nesse universo filosófico-conceitual da NPS.

Em relação ao conceito de promoção da saúde, a acepção presente na Carta de Ottawa embasa o movimento promocional e afirma que PS seria, como já registramos, “(...) o processo de **capacitação da comunidade** para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior **participação** no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.20 – grifos nossos).

“Capacitação” alude à noção de *empowerment*, que é considerado princípio da NPS e que, segundo Castiel e Ferreira (2009), incorpora a própria *raison d'être* daquela. Para os autores aludidos, há grande semelhança entre os conceitos, já que *empowerment* é tido como “(...) um processo através do qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (tradução livre); e a NPS seria justamente esse processo de capacitação.

Embora seja apontado por Andrade, Barreto, Paula (2011, p. 26-27) como uma herança do movimento feminista⁷⁰, Castiel e Ferreira (2009) alertam que há necessidade de se qualificar os fundamentos ideopolíticos e teóricos que se encontram subjacentes ao conceito de *empowerment*, posto que tem sido usado pelos mais diversos organismos e para se referir as mais distintas situações⁷¹, podendo dar margem a posturas conservadoras ou progressistas, perspectiva analítica endossada por Carvalho (2004).

Castiel e Ferreira (2009) discorrem que *empowerment*⁷² pode ser usado como verbo

⁷⁰ O termo *empowerment* teria sido criado na luta feminista pelo “(...) reconhecimento de seu próprio corpo, de sua capacidade de tomar decisões sobre sua sexualidade, maternidade e cura” (ANDRADE, BARRETO, PAULA, 2011, p. 26-27).

⁷¹ Castiel e Ferreira (2009) colocam, como exemplo de tal heterogeneidade, que, desde a década de 1990, tem havido uma disseminação do termo *empowerment* entre diversas organizações, áreas de conhecimento e campos profissionais. O Banco Mundial, por exemplo, o vê como uma estratégia de superação da pobreza; no setor dos serviços, o *empowerment* é utilizado como meio de aumento da produtividade. Storz e Araújo (2004) lembram ainda que ele é concebido ou como uma das tecnologias organizacionais capitalistas ao lado do *Total Quality Control*, reengenharia, *Cross-Training* e *Virtual Officers*.

⁷² “*Empowerment* é uma palavra da língua inglesa sem tradução para a nossa. Uma tradução do verbo *empower* oferece os sentidos de autorizar, de habilitar ou permitir. O sentido de habilitar, tornar hábil, apto, prover de conhecimentos pode ser interpretado nos termos de capacitação, mas há uma recusa em admitir o sentido de que se dê alguma transferência entre sujeitos. Tem sido traduzida pelos neologismos de apoderamiento (espanhol) e empoderamento (português, espanhol), sem significado dicionarizado entre nós. Preferimos utilizar a palavra na

transitivo ou intransitivo. Na primeira situação, indica que alguém pratica a ação (capacitar) alguém. Ou seja, parte-se da ideia de que o poder é algo que pode ser “doado”, cedido. Neste sentido, a noção de transferência de poder na verdade possibilita a legitimação da “incapacidade” de agir das pessoas em condições de vida adversas. Tal compreensão do *empowerment* acaba, segundo os autores, por disfarçar o controle efetuado por profissionais de saúde em relação às populações. Na mesma perspectiva, Stotz e Araújo (2004) ponderam que tal noção traz um paradoxo: sendo o poder relacional, é possível que os “detentores” do poder o cedam, autolimitem ou transfiram para aqueles sem poder?

Na leitura de Castiel e Ferreira (2009), já quando mencionado como verbo intransitivo, a ação (capacitação) é executada pelos próprios sujeitos, estando subjacente a concepção de que o poder é conquistado por si mesmo, pela pessoa ou grupos. Assim, numa perspectiva crítica, o *empowerment* pode ser concebido como “(...) um fenômeno essencialmente relacional, isto é, que só se manifesta na interação dialética dos interesses conflitantes entre os indivíduos, grupos e classes sociais” (CASTIEL; FERREIRA, 2009, p.10).

Os autores questionam como a NPS, estando visceralmente relacionada ao Estado, poderia propiciar ações que preparam pessoas para contestá-lo. Não obstante, os analistas afirmam a importância do acesso às informações em saúde, à reflexão crítica sobre os DSS, que podem viabilizar uma maior compreensão dos usuários acerca da enfermidade ou de sua saúde em geral, expandindo as possibilidades de interpretação de suas condições de vida, quiçá os incentivando a lutar por radicais transformações sociais.

(...) Tais ações poderiam ser vistos como a expressão de maior poder para esse grupo de moradores? Sim, em certo sentido. No entanto, é um tipo de poder **para a luta pelo** poder, isto é, o poder que só se concretiza através da interação social e na medida em que os interesses conflitantes jogar fora, e não o poder que foi concedido, ou transferidos por outra pessoa como "algo "vindo de fora (CASTIEL; FERREIRA, 2009, p.7 – grifos originais).

Os autores citados alertam ainda para a probabilidade dos programas de NPS divulgarem soluções individuais para problemas coletivos⁷³, o que eclipsa a luta de classes e as

língua inglesa porque além do termo ser intraduzível, e o neologismo de som desagradável, insere-se na tradição anglo-saxônica do liberalismo civil e religioso e, com isto, não apaga a sua marca de origem" (STOTZ, ARAÚJO, 2004, p.13)

⁷³ Carvalho (2004) mostra que há duas abordagens principais do *empowerment*: o enfoque psicológico e o enfoque comunitário. Castiel e Ferreira (2009) acrescentam o enfoque organizacional. Para estes, “no nível psicológico,

questões que determinam a desigualdade social. Stotz e Araújo (2004, p.14) refletem:

Promover essa redistribuição [do poder] implica a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade. Não seria mais adequado, nesta ótica, falar de participação ao invés de *empowerment*? Uma resposta positiva a esta pergunta daria aos “promotores de saúde” (especialistas, técnicos, profissionais, lideranças) o papel de aliados dos movimentos populares nos conflitos sociais em curso na sociedade. Esses “promotores” poderiam então superar a concepção tradicional de promoção que ainda orienta as suas práticas. A participação nos conflitos sociais implicaria inclusive, como resultado da experiência de cooperação e de confronto entre interesses, a percepção de que não cabe aos “promotores” o papel de validar a experiência de terceiros, mas descobrir novas “habilidades e competências” comuns, no decurso da própria ação coletiva. O processo educativo é a conscientização dos problemas postos pela participação, pela aliança entre grupos sociais com interesses específicos diferentes.

Na avaliação destes autores, contudo, o *empowerment* não é percebido como forma de consolidar a ação coletiva contra as estruturas de poder: é pensado como uma estratégia de tessitura de consenso que requisita negociação e concertação social.

Neste sentido, os analistas em tela advertem que os “empoderadores” que trabalham nos serviços públicos assumem o papel de mediar as demandas entre grupos de pessoas “pobres” de poder e aqueles grupos em posições de poder na sociedade. “Ao desempenhar este papel, os ‘empoderadores’ assumem a tarefa de reatar os fragmentos de vidas que perderam sentido social e tornam-se eles próprios, os referentes para a reconstrução dessas identidades sociais” (STOTZ, ARAÚJO, 2004, p.14). Por conta disso, segundo estes autores, o *empowerment* seria uma nova maneira de exercer tutela sobre a população, ou, em última instância, de executar práticas que não confrontam instituições e estruturas sociais.

Como vimos anteriormente, *empowerment* é um termo que vem amplamente divulgada por organismos multilaterais que buscam justamente o estabelecimento de uma nova

capacitação engloba a percepção de controle social, uma postura pró-ativa perante a vida e uma compreensão crítica do ambiente sócio-político. No nível organizacional, inclui processos e estruturas que melhorem as competências pessoais e permitam que os membros de uma comunidade possam apoiar uns aos outros e produzir mudanças nela. Ao nível comunitário, refere-se ao trabalho organizado conjuntamente destinado a melhorar as condições de vida coletiva” (CASTIEL; FERREIRA, 2009, p.8 – tradução livre). Os analistas defendem que tais abordagens, embora distintas, não devem ser tratados como conceitos opostos, mas em relação. Deste modo, o *empowerment* não pode se restringir a um sentimento psicológico de “poder” ou fortalecimento, embora, obviamente, a dimensão subjetiva não possa ser desconsiderada quando se trata da saúde. Neste sentido, de acordo com os analistas em tela, o *empowerment* comunitário envolve alterações nos indivíduos e na coletividade.

hegemonia. No entanto, conforme pode ser percebido em Vasconcelos (2003), pode adquirir também conotações diferenciadas, ao trazer à tona discussões críticas relacionadas a pessoas ou grupos submetidos a longo processo de dor, opressão ou discriminação, o que nos coloca a necessidade de aprofundamento acerca de seu significado, tarefa que ultrapassa os objetivos de nosso estudo.

Para Castiel e Ferreira (2009), é imperativa a realização de reflexões críticas e análises políticas das relações de poder quando se utiliza o termo *empowerment*, sem o que se divulgam noções vagas, românticas, e homogênea da "comunidade".

Esta noção é retomada e "(...) deveria tornar-se um instrumento para resgatar as formas perdidas de solidariedade entre as classes sociais e renovar os laços entre os diversos grupos até atingir o conjunto da sociedade" (LIMA; MARTINS, 2005, p.53).

Ao realizar um "rastreamento" conceitual do termo comunidade, Castiel (2004) mostra que, no âmbito das ciências sociais, foi uma noção tratada por Ferdinand Tonnies, em obra publicada em 1885, que adotava a ideia de comunalidade como "(...) estando ligada a alguma localidade geográfica, com altos teores de homogeneidade, compartilhando interesses, afinidades, trocas simbólicas, laços relacionais solidários" (CASTIEL, 2004, p.619). Este autor indaga os motivos da retomada do uso da locução num contexto em que tal categoria sociológica é praticamente impossível de se encontrar na vida real, como já acontecia no momento mesmo em que o termo foi trabalhado por Tonnies⁷⁴.

Castiel (2004) relata que na área da saúde pública a noção "comunitária" tem adquirido fortes conotações desde a década de 1960, com a proliferação de propostas de ensino, pesquisa, departamentos e propostas de intervenção assim adjetivadas, como a Medicina Comunitária, conforme indicamos em momento precedente.

O analista reportado expõe ainda que o conceito de "comunidade" foi renovado com a ascensão da noção de "capital social"⁷⁵. No campo da saúde⁷⁶, esta concepção diz respeito aos

⁷⁴ Vincent (1995, p.71) mostra que a ideia de "comunidade" tinha relevância no âmbito do conservadorismo do século XIX, movimento que surgiu exatamente como reação aos efeitos da industrialização, da ascensão da economia política liberal e do individualismo, que "(...) significavam a decadência da comunidade, da tradição, da ordem e da religião". A ideia de comunidade, desta forma, estaria relacionada à identidade, a pertencimento, que teriam desmoronado diante das transformações societárias advindas da consolidação do capitalismo.

⁷⁵ De acordo com Szeter (2007), a ideia de capital social pode contribuir muito para a Terceira Via, sendo concomitantemente um conceito econômico, sociológico e político. Foge ao escopo desse trabalho o aprofundamento conceitual desse termo.

efeitos sanitários benéficos nos membros da comunidade resultantes da coesão social (CASTIEL, 2004).

De acordo com o referido autor (2004, p.619), o capital social “(...) pode ser interpretado como uma propriedade da comunalidade e/ou coesão social através da respectiva vinculação a determinado grupo ou rede relacional, implicando obrigações, mas conferindo benefícios a seus membros”. Segundo Lima e Martins (2005, p.62-63), tal noção vem sendo utilizada pelos organismos internacionais para nomear a “(...) a capacidade de articulação dos grupos de pessoas ou de toda uma comunidade na busca de solução de seus problemas imediatos”.

É importante destacar também que o capital social, no social-liberalismo, é considerado uma “(...) chave, uma alavanca para o desenvolvimento e, conseqüentemente, o crescimento, a sustentabilidade e a estabilidade” (MELO, 2005). Conforme elencado por Lima e Martins (2005, p.49), através dessa noção ocorre a retomada de um componente político chave do liberalismo, que seria “(...) uma moralidade individual e social referenciada no pensamento durkheimiano, concebendo o diálogo como fundamento da lógica de conciliação dos (inconciliáveis) interesses de classe”. Tal moralidade, contudo, de acordo com Giddens (2000, apud LIMA; MARTINS, 2005), seria não apenas coletiva, mas também reconheceria a relevância da liberdade individual.

Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012) situam que a ideia de capital social se tornou destacada nos últimos anos, no contexto da possibilidade de fortalecimento da “**sociedade civil**”, através do incentivo ao associativismo e à criação de redes ligando pessoas de distintas posições na estrutura social.

O destaque dado à sociedade civil, no debate da Terceira Via, é decorrente da necessidade de reconfiguração da mesma, como resultado da própria redefinição do papel do

⁷⁶ “Em termos de pesquisas no campo da saúde pública, em geral e da epidemiologia social em particular, destaca-se a atual revisita aos estudos epidemiológicos efetuados nos anos 50 e 60 na comunidade de Roseto, uma pequena cidade ítalo-americana na Pensilvânia (HAWE; SHIELL2000). Nessa comunidade, notou-se que as taxas de doenças cardíacas eram cerca de 50% menores do que em quatro outras comunidades circunvizinhas, a despeito de terem dados equivalentes em relação à ingestão de gorduras, tabagismo e atividade física. Esse fenômeno passou a ser chamado o ‘efeito Roseto’ – mescla de relações sociais próximas, tradições religiosas familiares e casamentos intra-étnicos” (CASTIEL, 2004, p. 619). Este autor também chama a atenção para os dilemas do comunitarismo em relação à integração x diferenciação. Ele lembra que há custos por se pertencer a uma comunidade, já que está, além de proporcionar acolhimento, suporte emocional etc., também pode oprimir e levar a enfermidades.

Estado. Lima e Martins (2005), citando Giddens (2000), indicam que, para tal perspectiva, o Estado deveria ter um importante papel na renovação da “cultura cívica” da sociedade civil, agora **ativa**.

Esse processo exigira: a disposição de a sociedade civil trabalhar em parceria com o Estado; o incentivo à auto-organização por grupos de interesses; o incentivo ao potencial das comunidades na resolução de seus próprios interesses; um pacto social para a solução pacífica dos conflitos (GIDDENS, 2001a, apud LIMA; MARTINS, 2005, p.51).

Percebemos, em tal debate, a sintonia da valorização da “sociedade civil” com o cenário de desresponsabilização do Estado das políticas sociais. Na avaliação de Stotz e Araújo (2004, p.6), “toda ênfase [...] implica o deslocamento de certos fatores em detrimento de outros. O que então se desloca com a ênfase na mobilização da sociedade civil? A intervenção do Estado mediante políticas públicas”.

Na perspectiva de Neves e Sant’Anna (2005), os projetos de autoajuda, o incentivo à cidadania restrita, as ações destinadas à valorização de demandas e espaços comunitários e locais são expressão do processo da nova pedagogia da hegemonia de deslocar o foco da grande política para colocá-lo na “pequena política”.

Neste sentido, Campos (2005) identifica na NPS uma fervorosa empolgação com a crença no poderio de ações comunitárias, locais e intersetoriais, ao enfatizar a resolução dos “problemas” de cada “comunidade”, como se pudessem ser isolados, desconectados da formação sócio histórica que os geram.

Há que se atentar, também, para o sentido do chamado da “comunidade” à **participação**⁷⁷, considerada princípio fundamental da NPS. Como geralmente os referenciais teóricos da NPS não são esclarecidos, conforme pontuamos acima, é importante atentar se a participação apregoada diz respeito ao envolvimento da população na decisão/avaliação dos rumos da política de saúde e das demais políticas sociais (conforme proposto pelo projeto da

⁷⁷ De acordo com Pellegrini Filho (2008), o discurso participacionista já estava presente na Medicina Comunitária, objetivando romper com paternalismo e assistencialismo que caracterizavam os programas de assistência aos pobres. Buscava-se uma nova postura, no sentido de aproveitarem melhor os recursos e as oportunidades para se “integrarem” à sociedade. Além disso, havia o incentivo ao autocuidado, através do qual o Estado e as famílias e comunidades dividissem as responsabilidades pela saúde da população. Neste raciocínio, a “marginalidade” seria enfrentada via ações sobre os próprios grupos tidos como marginais, “visando criar motivações, mudar atitudes, como se a culpa de suas condições fosse exclusivamente deles e não da estrutura social que na realidade a determina” (PELLEGRINI FILHO, 2008, p.27)

RSB através do controle social); a uma participação cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora em relação aos programas de ações de NPS (SILVA, 2009); ou ainda à participação associada ao autocuidado, que também desresponsabiliza o Estado; ou ainda à participação da população na “implementação” dos programas de PS, via voluntariado, conforme defendido pelo discurso neoliberal, o que implica no recuo da intervenção do Estado na esfera social (STOTZ; ARAÚJO, 2004). Isso porque, num contexto de busca de redução de custos sociais,

Uma das saídas encontradas foi a convocação da população a fazer a sua parte, não na definição das verbas e políticas públicas, mas no cuidado de si, por meio da adoção de comportamentos considerados saudáveis epidemiologicamente. É nessa mesma época que se expandem pelo mundo os movimentos de autoajuda e de autocuidado. De fato, sob a égide do neoliberalismo – que se funda na ideia de que os cidadãos são atores racionais, autônomos e que o Estado deve intervir o mínimo possível nos assuntos privados e no seu bem-estar em nome da felicidade individual, todos são encorajados a se tornarem sujeitos de si próprios (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.35).

Nesse bojo, no campo sanitário, o adoecimento passa a ser percebida, por vezes, como consequência de atitudes individuais, da falta de envolvimento em atividades motivadoras ou da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados (DEBERT, 1999). Não é à toa, portanto, que as noções de “risco” e “estilo de vida” se entrelaçam e possuam centralidade no debate da NPS.

Carvalho (2004) constata que “risco” é um conceito estruturante do ideário da NPS, fundamentando estratégias e políticas públicas ditas saudáveis, voltadas para subsidiar a adoção de estilos de vida saudáveis. Alerta que, apesar da inquestionável contribuição do conceito de risco para a eficácia de ações sanitárias, tanto no campo da epidemiologia quanto da NPS, há necessidade de análises mais densas sobre tal concepção, que também é palco de disputa entre projetos sanitários.

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) aprofundam tal discussão, relatando que já no Relatório Lalonde o conceito de risco epidemiológico estava presente e que a NPS também estaria fundada em tal ideia, embora com enfoque nos condicionantes gerais. Os autores afirmam que o risco epidemiológico se baseia na concepção de que “(...) a ocorrência de

determinados eventos e sua associação a tantos outros é projetada para o futuro como uma medida de probabilidade” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.32).

Eles contextualizam que a formulação epidemiológica é extremamente útil quando se tratam de fenômenos naturais (doenças infectocontagiosas, por exemplo). Contudo, as DNT trouxeram certa inconsistência a tal formulação. A partir de 1950, a epidemiologia dos modos de transmissão começa a dar espaço para epidemiologia dos fatores de risco: já não mais agente causal, mas “rede de causação”, “(...) imbricada trama de fatores de risco cuja interação explicaria os padrões das doenças não transmissíveis” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.39). O papel da epidemiologia, então, seria identificar os fatores de risco. Se a concepção da causalidade agente-doença já colocava prescrições comportamentais, com a nova abordagem isso se amplia consideravelmente. “(...) Se todos estamos sob risco, como todos abrigamos riscos potenciais em relação a um ou mais ‘desfechos’ (PETERSEN; LUPTON, 1996), todos esta[re]mos sujeitos, de uma forma ou de outra, a inúmeras prescrições comportamentais” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.40).

Além disso, alertam os autores indicados, tal concepção foi gestada num referencial teórico que não considera adequadamente os condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos. Neste sentido, suas prescrições não correspondem às expectativas de seus destinatários, configurando-se lhes como desprovida de significado.

Ou seja, a epidemiologia é limitada para dar conta da dinâmica das relações sociais e do comportamento individual, fenômenos imbricados e mutuamente condicionados. A análise de fenômenos interativos (biológicos, psicológicos e sociais) por meio de técnicas lineares para a estimação do risco revela-se insuficiente para abranger a ambiguidade e a subjetividade dos fenômenos relativos ao humano (CASTIEL, 1996) (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.41).

Prosseguem tais analistas discorrendo que as normatizações podem ser utilizadas como formas de controle social, já que a racionalidade do método epidemiológico não se estende, como algo natural, às decisões comportamentais. “(...) As plateias, supostamente racionais, se movem por outras vias em seus cotidianos e em suas intimidades” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.40). Isso porque, enquanto o risco epidemiológico acaba por descrever “(...) relações objetivas, impessoais e quantitativas” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.43), que restringem a enfermidade a apenas um fator ou conjunto de fatores, cujas

consequências podem ser reveladas numa relação de causalidade nos termos do modelo biomédico; as pessoas leigas, no entanto, conforme os autores, não concebem o risco como probabilidades estatísticas, mas baseadas em suposições ontológicas e cosmológicas.

Nogueira (2003), numa avaliação incisiva, considera que o discurso promocionista (no bojo de uma “medicina” promotora, considerada uma transmutação da medicina preventiva) foca seus esforços no uso da estrutura de produção e divulgação de conhecimentos científicos para se afirmar como a “suprema autoridade” acerca do que é bom ou mal para a saúde individual e da própria coletividade, buscando a medicalização da totalidade da existência humana e não somente da dimensão da doença,

(...) fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve. Recolhendo e sistematizando os resultados da incessante investigação epidemiológica em escala internacional, a medicina promotora defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornal ou usuários da internet. Enfim, a medicina promotora busca promover novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade (...). Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que de uma utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação em saúde (NOGUEIRA, 2003, p.178-179).

Camargo Júnior (2007) denuncia o risco de ênfase excessiva da suposta definição positiva de saúde, ao estender a saúde à totalidade da vida, o que causaria uma medicalização ainda mais larga que a efetuada pelo movimento da Higiene, que confundia o objeto da saúde com a própria vida. Seguindo tal trilha, Czeresnia (2003, p.11) mostra que, quando se concebe a saúde “em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida”.

Assim, em nome da NPS, proliferam práticas excessivamente intervencionistas, coercitivas sobre a vida privada e apontando para a restrição de escolhas livres⁷⁸ (CARVALHO,

⁷⁸ A abordagem foucaultiana tem servido de suporte na análise de tais processos. Em Silva (2009, p.45), por exemplo, temos a afirmação de que “as práticas contemporâneas de promoção da saúde são expressão ora do poder disciplinar ora do biopoder, que implicam no estabelecimento de regras na normalização da vida e dos comportamentos considerados saudáveis”. Franco et al. (2011,p.15) consideram que a PS “(...) opera uma biopolítica, (...) prescrevendo formas de vida, de fora do sujeito para dentro de si. São prescrições de uma forma do viver que agem como forças de ocupação dos afetos que habitam o sujeito, atuam com a obrigatoriedade de que cada um se enquadre em certos modos de vida que foram prescritos”.

2004; PASCHE; HENNINGTON, 2006). Emergem discursos de ordenação à vida: “tem que fazer exercícios físicos’, ‘não pode fumar’, ‘sexo só com camisinha’, que perpassam as relações na sociedade e atuam como mecanismos de ‘controle social dos corpos’ constituindo o poder das práticas sanitárias na determinação dos modos de vida” (SILVA, 2009, p.53).

Nesse sentido, Onocko Campos (2006) chega a afirmar que a PS tem receitado “estilos de vida” e feito “análises de risco” com a mesma postura insolente que caracterizava a abordagem biomédica ao buscar exercer influência sobre a vida dos usuários.

Neste cenário, a consideração do risco como pilar da NPS acaba por desencadear, como alertam Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p.43), duas tendências: a moralização dos “estilos arriscados de vida” e a responsabilização individual (acusação com a qual a NPS, desde seu surgimento, se defronta). A primeira associa estilos de vida desregrados a “pecado” ou “fraqueza de caráter”. “O discurso do risco enfatiza a perspectiva ‘racionalizante’ como expressão do puritanismo (comedimento, autocontrole, temperança, prudência)” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.47).

Na mesma perspectiva, Luz (2000) afirma que o comedimento é uma das representações fundamentais da saúde na cultura contemporânea: todo excesso é tido como risco para a saúde, posto que desequilibra o organismo e gera, portanto, enfermidade:

A **medida** do atuar, do comportar-se ou do controlar-se, está nos sujeitos, pois são eles os responsáveis de não ‘danificar’ sua saúde com excessos. O problema da ‘falta’, por outro lado, é sempre vista desde a perspectiva do excesso de alguma qualidade vital negativa: a falta de exercícios, por exemplo, é sempre vista em função da vida sedentária em que ‘sobra o descanso’ ou ‘inatividade física’ e assim pelo estilo. O equilíbrio neste caso é fruto não do ato de equilibrar entre forças ou pesos opostos, senão de **contenção**, e a contenção supõe o autocontrole dos sujeitos (LUZ, 2000, p.31 – tradução livre – grifo da autora).

A segunda tendência, que pode ser apreendida na citação acima, por sua ênfase nos estilos de vida⁷⁹, é a culpabilização do indivíduo. Castiel, Guilam e Ferreira (2010)

⁷⁹ Extrapola os objetivos de nosso trabalho o aprofundamento da noção de “estilo de vida”. No entanto, gostaríamos de destacar a concepção de Buss (2002), que faz importantes apontamentos sobre a relação entre modo de vida e estilo de vida. Ele considera que o modo de vida de uma sociedade é configurado a partir da síntese das diversas condições de vida dos distintos setores sociais e das relações que estabelecem entre eles. Está, portanto, associado ao nível de desenvolvimento das forças produtivas, à forma de organização econômica e política, à cultura e outros processos que delimitam a identidade de uma formação social. “A **situação de saúde da população de cada sociedade**, em geral, está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam” (BUSS, 2002, p.52). O estilo de vida (de um indivíduo ou grupo)

exemplificam tal processo ao discorrer sobre a ideologia de “estilo de vida ativo”⁸⁰. Não obstante as atualizações e revisões sistemáticas, tal ideário emana de pesquisas epidemiológicas sobre fatores de risco, que detectam o sedentarismo como um dos mais importantes fatores de risco para DCNT. A partir daí, de acordo com os autores, a alteração individual do comportamento (através da promoção da atividade física) é assumido como foco prioritário de políticas públicas de saúde, no bojo do discurso promocional.

Neste bojo, de acordo com os analistas aludidos, afirmações como “Atividade física é saúde, seja ativo” ou “Agite-se, sua saúde agradece” são motes presentes em estratégias de incentivo à atividade física em todo o mundo ocidental. Apesar de serem orações simples, alertam os autores, omitem uma riqueza de significados, sob a lógica de que atividade física é suficiente para se ter saúde, o que expressa o caráter simplista e acrítico da concepção de saúde subjacente ao discurso da vida ativa.

O sedentarismo é visto como um mal, uma doença – é demonizado - e a atividade física como remédio, o que faz com esta se torne um imperativo, além de lhe destituir de seu caráter hedonista: “Quantas pessoas, quando indagadas sobre o que as faz praticar atividade física, responderiam ‘porque eu gosto?’⁸¹” (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.63).

Segundo os analistas em foco, o processo de patologização do sedentarismo e a prescrição da atividade física como remédio acabam servindo à expansão da medicina em direção ao cotidiano. Essa lógica se torna ainda mais perversa quando se divulga que se pode fazer atividade física em qualquer lugar, o que faz do sedentarismo uma opção pessoal.

(...) tal configuração, além de desprezar o fato de que o sedentarismo vem sendo engendrado há anos pela própria sociedade, inspira a necessidade de união de todos contra um inimigo comum, o que tende a diluir, ou mesmo

prossegue o autor, está associado “(...) com suas próprias características biológicas, a habitação e seu entorno, o local de trabalho e seu entorno, seus hábitos, normas e valores, assim como seu nível educacional e de consciência e sua participação na produção e distribuição de bens e serviços. A **situação individual de saúde** está relacionada também com este estilo de vida singular e com os processos que o produzem e transformam” (BUSS, 2002, p.52 – grifos originais).

⁸⁰ Tal perspectiva, de acordo com Castiel, Guilam e Ferreira (2010), tem gênese nas publicações de Charles Corbin, na década de 1970, baseadas em estudos epidemiológicos que associam inversamente gasto calórico e tempo de atividade física à incidência de doenças cardiovasculares.

⁸¹ Sobre este processo, Luz (2008) constata que tem havido, além da expansão e diversificação das práticas nomeadas como “de saúde”, uma tendência de ressignificar atividades antes tidas como lúdicas, de recreação, ou até estéticas, como “de saúde”.

eclipsar, diferenças sociais, culturais e econômicas (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.65).

Destarte, na ideia de que incorporação de hábitos de vida mais saudáveis deriva das decisões individuais, persevera a desconsideração das condições de vida e trabalho que obstruem a possibilidade da maior parte da população de “optar” por um estilo de vida mais saudável (CARVALHO, 2004).

Conforme Berlinguer (1993), no campo da saúde do(a) trabalhador(a) nas empresas, por exemplo, tem havido, sob o manto da promoção da saúde, a multiplicação de programas de incentivos econômicos individuais voltados para a saúde de funcionárias/os. No entanto, este é um fenômeno que “(...) está se propagando paralelamente à redução das normas e dos controles sobre o ambiente físico (a *desregulation*), à supressão dos serviços sanitários públicos e à exaltação da competição em relação à solidariedade no ambiente social” (BERLINGUER, 1993, p.154).

O analista mencionado aponta que, embora muitas enfermidades tenham o comportamento individual como determinante, tal comportamento “não é mutável com um relacionamento pedagógico puro, com conselhos pessoais, como se pretende, comumente, com o termo **educação sanitária**” (BERLINGUER, 1993, p.153 – grifos originais). Antes, resulta de condicionamentos psicológicos, de relacionamentos reais (trabalho, residência, alimentação, etc.) e “não pode, portanto, ser atribuído a ‘hábitos nocivos’, a vícios individuais” [sic] (BERLINGUER, 1993, p.153), mas se refere a questões mais amplas da organização da vida social.

A adoção da noção de “estilo de vida” “como um **“indicador de performance por excelência’, ‘referido a nada mais do que a si mesmo’**” (O’BRIEN, 1995, apud ASSIS, 2004, p.33 - - grifos originais) teria também um outro significado político, que seria diferenciar a população, clivar seus interesses e afastar seus membros de modos de ação social e coletiva.

Destarte, Castiel, Guilam e Ferreira (2010, p.47) advertem que a NPS, ao buscar modificar os comportamentos individuais, não enfatiza a necessidade de transformações nos aspectos macrossociais que incentivam a adoção das “condutas chamadas de risco”. Aliás,

(...) acena com a possibilidade de redução dos gastos com saúde curativa sem expressiva contrapartida governamental. Isto é, a ‘teoria do estilo de vida’ é

extremamente compatível com a política econômica predominante, fundada no rígido ajuste fiscal. Assim sendo, políticas de saúde ‘pública’ que consistem em exortar os indivíduos a mudar seus comportamentos está muito mais para uma estratégia de proteção das instituições do que de transformação das condições de saúde da população (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p.70).

Assiste-se, desse modo, nas discussões sobre a NPS, um desanuviamiento da premência de reformas sociais radicais em nações periféricas (como a ocorrida no Canadá durante o século passado, que gerou um sistema de proteção social universal-redistributivista) (CAMPOS, 2005).

Isso faz com que o debate sobre PS tenda a deslocar a centralidade do conceito de bem-estar e de direito à saúde – fundamentais para a RSB - em direção ao enfoque do estilo de vida, como alerta o autor citado, apesar de todo discurso de abordagem socioambiental de seus defensores, bem como do discurso sobre os “Determinantes Sociais da Saúde” (DSS), sobre o qual trataremos nesse momento.

Cabe aqui observar que a ênfase nos DSS não surge no etéreo, mas justamente no contexto em que, conforme mostra Nogueira (2009), a ideologia “pós-neoliberal” se fortalece, sinalizando para a ultrapassagem da ênfase na contenção de gastos e no arrocho fiscal e nos pacotes de mínimos sociais.

Neste sentido, a OMS cria, em 2005, a *Commission on Social Determinants of Health - CSDH* (Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde), num processo seguido por vários países, inclusive de forma pioneira pelo Brasil, em 2006, através da criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde⁸² (CNDSS) (que publicou seu relatório em 2008).

Em 2011 foi realizada, pela OMS, a I Conferência Mundial dos DSS⁸³, no Rio de Janeiro, Brasil. O objetivo da organização seria promover internacionalmente a tomada de consciência sobre a relevância dos DSS para a situação sanitária de indivíduos e populações e a necessidade de enfrentamento das iniquidades em saúde (CEBES, s/d).

⁸² Informações sobre a Comissão estão disponíveis em <http://www.determinantes.fiocruz.br/>.

⁸³ Para maiores informações sobre a Conferência, cf <http://dssbr.org/site/entrevistas/conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude-antecedentes-e-perspectivas/>.

Os(as) autores(as) comprometidos com a NPS afirmam que o debate promocional retoma a Medicina Social do século XIX e sua preocupação com a relação entre saúde e condições de vida, conforme Wetsphal (2006) e Buss (2003), por exemplo. No entanto, como sua precursora não era homogênea (como vimos anteriormente), também a discussão sobre os DSS na cena contemporânea não o é.

As produções dos últimos dez anos, no campo teórico-metodológico e no campo político, tornaram patentes as distintas visões sobre os DSS, seja na formulação de modelos de atenção sedimentando uma determinada concepção de saúde, tanto na definição das políticas, como na adoção do modelo de atenção e financiamento, como ainda no âmbito da gestão dos sistemas de saúde (NOGUEIRA, 2009, p.47).

Deste modo, apesar da semelhança desse considerar o “social” como importante componente na definição do processo saúde-doença, há importantes distinções entre os termos utilizados no debate que considera a relação entre a saúde e as condições de vida: determinação social da saúde *versus* determinantes⁸⁴ (CEBES, [s.d.]).

Conforme discorremos, a primeira vertente, sob a influência da teoria social crítica, está presente nas concepções da Medicina Social Latino Americana e da Saúde Coletiva e considera que a saúde precisa ser analisada a partir das formas de organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social, portanto, considerando a inserção de classe social.

Já na segunda, de acordo com Tambellini, Schutz (2009) e CEBES ([s.d.]), o aporte utilizado é o modelo da epidemiologia tradicional, no qual os DSS aparecem unicamente na qualidade de fatores causais de morbidade e mortalidade, sendo reduzidos a fatores, perspectiva inicialmente registrada no Relatório Lalonde.

Para a OMS (2008, apud TAMBELLINI, SCHUTZ, 2009, p.374 – 375), os DSS “são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças”. Nesta concepção, se reconhece que a desigualdade tem influência decisiva nos padrões de morbimortalidade da população.

⁸⁴ Ribeiro Nogueira (2009) chama a atenção que, no Brasil, esse debate não vem se destacando na agenda do Serviço Social, apesar de sua relação com as demandas cotidianas que são colocadas aos assistentes sociais. Contudo, informa que, em nível internacional, particularmente na Europa, o tema foi incluído na conferência plenária no Congresso Mundial de Serviço Social de 2012 (proferida pelo professor Michael Marmot, uma das referências mundial da discussão dos DSS), evidenciando a importância da relação entre DSS e as ações profissionais.

Na avaliação de Nogueira (2009), o documento em tela apresenta uma faceta progressista, por considerar a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde via conjunto amplo de políticas sociais e de iniciativas que envolvam o governo, a sociedade civil e a empresa privada, bem como por ultrapassar o enfoque tradicional do risco (que enfatiza fatores biomédicos e comportamentais) e voltar à atenção para efetivação de políticas sociais e econômicas que beneficiem a saúde da população como um todo.

Não obstante a reconhecida importância da criação da CSDH, inclusive pela significância da retomada do debate sobre os DSS, diversas críticas vem sendo realizadas ao debate empreendido que, em nossa análise, se estendem também ao debate promocional, bem como ao Relatório Final da CNDSS do Brasil.

Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc. (OLIVA, ESCUDERO, MORENO, 2008, apud CEBES, [s.d.], p.2).

Esta lógica cruza algumas variáveis abstratas para chegar a um DSS (CEBES, [s.d.]; NOGUEIRA, 2009), concluindo o óbvio, por exemplo, que a população pobre tem piores condições e indicadores de saúde do que as pessoas ricas (CEBES, [s.d.]). Nesta perspectiva, o conceito - estreito - de determinantes sociais é puramente empírico. Não existiria aí nenhum tipo de teoria da sociedade de caráter crítico ou ao menos explicativo, conforme alerta o CEBES ([s.d.]).

As relações entre desigualdade, iniquidade e determinação social, não podem ser reduzidas a uma análise circular, imobilizada. Os complexos problemas de origem social não podem ser reduzidos a fatores sociais isolados e tampouco estas situações não devem ser reduzidas a fatores de vulnerabilidade e risco de natureza epidemiológica, como faz o relatório [do CNDSS] (CEBES, s/d, p.2).

Tais apreciações se conectam com as elucubrações de Arouca (2003) acerca da Medicina Preventiva, ao denunciar que tal referencial acaba por desconsiderar os diversificados processos socioeconômicos, ecológicos, biológicos, psicológicos e culturais que se entrelaçam na configuração do processo saúde-doença, como afirmam Tambellini e Schutz (2009). Neste sentido, é importante lembrar que

Qualquer teoria que tente relacionar pobreza e doença não pode ignorar a prioridade, em sentido histórico e não ético, da **economia política** sobre a saúde, a impossibilidade de obter, não êxitos parciais, sempre ao alcance dos serviços sanitários, mas resultados universais e estáveis, sem um desenvolvido das forças produtivas, compreendida a ciência médica, e sem uma transformação das relações sociais, inclusive a distribuição da renda (BERLINGUER, 1976, apud COSTA FILHO, 2008, p.47 – grifos originais).

Uma observação importante, tecida por Correia e Medeiros (2012), quando referem à abordagem do DSS das Conferências Internacionais de PS, é que há continuidades e mudanças em relação à perspectiva preventivista. A perpetuidade diz respeito ao enfoque dos fatores, que acaba por creditar a responsabilidade da saúde aos indivíduos; a modificação está voltada para a ampliação da compreensão sobre a saúde, remetendo às desigualdade sociais e à pobreza, como ponderam as analistas citadas.

De acordo com o CEBES ([s.d.]), o problemático da concepção de DSS é acreditar que a atuação nos “fatores de risco” pode minimizar a determinação social, sem que se transformem as condições sociais. Haveria aí uma abordagem gerencialista, cooptada pelo *establishment* econômico, “no sentido de que admitem a necessidade de discussão de correções dos efeitos indesejáveis do modelo de acumulação capitalista, mas que de nenhuma maneira se propõem a mudá-lo” (TAMBELLINI; SCHUTZ, 2009, p.377).

A discussão sobre os DSS, portanto, faria uma convocatória asséptica do tema da injustiça social (CEBES, s/d): sendo apenas sinalizados os processos que geram adoecimento, mas “(...) evitando entrar na essência das razões que as criam” (GARRAFA; CORDON, 2009, p.389). Isso porque as iniquidades que causam adoecimento e morte nas pessoas estão relacionadas a sujeitos, a grandes interesses econômicos e político e são estes que precisam ser identificadas e combatidas (CEBES, [s.d.]).

Este autor alerta ainda que é amplamente controversa uma convocação a uma mobilização da sociedade apenas em torno das desigualdades em saúde.

Mobilização social pela saúde ocorre, em geral, junto da mobilização diante de outros problemas sociais e políticos da sociedade e em articulação com movimentos que objetivam a conquista de um conjunto de importantes direitos sociais e políticos, os quais se encontram historicamente negados (CEBES, [s.d.], p.3).

Nesse bojo, é importante sinalizar outro denso debate que atravessa a NPS: a **equidade**⁸⁵, noção que atravessa todas as Conferências Internacionais organizadas pela OMS sobre a NPS e vem ocupando lugar de destaque no debate das políticas sociais nas duas últimas décadas (SENNA, 2002), porém possui multifacetados significados, num debate que muitas vezes apresentam inconsistências teóricas e conceituais (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

Escorel (2001)⁸⁶ pontua que equidade⁸⁷ em saúde é um conceito formulado por Margaret Whitehead, ao incorporar o parâmetro de justiça à distribuição igualitária: as iniquidades em saúde dizem respeito a diferenças desnecessárias e evitáveis e que concomitantemente são consideradas injustas e indesejáveis.

Neste sentido, algumas vertentes analíticas consideram que as políticas equitativas podem se constituir em um meio para se alcançar a igualdade, no bojo dos direitos sociais (SCOREL, 2009), colocando como foco grupos que tradicionalmente estão em situação desprivilegiada tanto social quanto no âmbito das políticas sociais, a exemplo da população negra, indígena, etc. O princípio da equidade, segundo Escorel (2001, p.2) introduz a diferença no espaço da cidadania, surgindo associado às minorias. Desta forma, para a autora, a "(...) equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade e é parte do processo

⁸⁵ Em nossa avaliação, embora as políticas equitativas possam se constituir em um meio para se alcançar a igualdade, no bojo dos direitos sociais (SCOREL, 2009), colocando como foco grupos que tradicionalmente estão em situação desprivilegiada tanto social quanto no âmbito das políticas sociais, a exemplo da população negra, este é um debate complexo, envolvendo elucubrações referente à justiça social, temática que certamente demanda estudos aprofundados. Stotz e Araújo (2004, p.11) denunciam a imprecisão do termo equidade, em virtude das confusões conceituais existentes no debate: "Não seria, porém, a falta de rigor, ela mesma um método de natureza política? Definições mais precisas eventualmente poderiam entrar em contradição com as políticas econômicas que agravam situações de iniquidades decorrentes da forma como se desenvolveu o sistema capitalista em sua periferia. De fato, a OMS mantém, de forma aparentemente inadvertida, dois planos discursivos: um **ideário** conceitual (como o de saúde: **estado de completo bem-estar**) e um pragmatismo operacional (traduzível nos indicadores quantitativos de sanimetria)" (STOTZ, ARAÚJO, 2004, p.11 – grifos originais).

⁸⁶ Escorel (2001) situa as dimensões que vem sendo atribuídas à equidade em saúde: 1) em relação às condições de saúde (distribuição dos riscos de adoecer e morrer); 2) quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde (possibilidade de acesso aos serviços de saúde nas várias redes de atenção por indivíduos com "iguais necessidades de saúde" (p.10); 3) como princípio orientador das reformas setoriais induzidas pelos organismos multilaterais, que polarizam as políticas universais *versus* as políticas residuais; 4) em relação à institucionalidade do Sistema de Saúde (que inclui os aspectos da descentralização real de poder e autonomia local e sua consequente responsabilização pelas condições de saúde e atenção aos cidadãos; bem como a presença ou não de representativo controle social).

⁸⁷ Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) ponderam que os termos presentes no debate – equidade e igualdade – são conceitos que precisam ser relacionados a ideias de justiça segundo as diferentes tradições teóricas, bem como às intencionalidades das políticas sociais e dos sistemas sociais.

histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados”.

Bem distinta é a análise de autores(as) que percebem a ênfase dada aos organismos multilaterais à adoção da equidade como uma estratégia de redução de gastos no setor, sob a batuta neoliberal:

Nessa direção, a década de 90 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais (SENNA, 2002, p. 204).

Assim, em nome da equidade, os investimentos públicos prioritários deveriam se voltar para as ações básicas de saúde e serviços clínicos essenciais para os mais pobres, enquanto que o restante ficaria a cargo do mercado (STOTZ, ARAÚJO, 2004). Neste sentido, a adoção do discurso da equidade desviaria o foco da **desigualdade** (SILVA, 2012), que associa as condições de saúde à estrutura da sociedade de classes.

Deste modo, a equidade estaria servindo de justificativa para o desmonte das políticas sociais universais⁸⁸ e estaria fundada na ideia social-liberal de enfatizar o desenvolvimento das “(...) oportunidades sociais” (saúde, renda mínima, educação básica) que se voltam para o (...) **desenvolvimento das capacidades humanas dos agentes empreendedores individuais** (MARANHÃO, 2010, p.90), sob a égide da liberdade de mercado.

Assim, a ênfase no princípio da equidade parece nos remeter às elaborações da Terceira Via, segundo as quais as políticas sociais devem estar voltadas para os “perdedores” da

⁸⁸ Vale destacar que tem havido uma ressignificação do princípio da universalidade das políticas sociais, pela via do **universalismo básico**, que vem sendo defendido inclusive por organismos como Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (FAUSTO; VIANA, 2005). A nova proposta visa à superação da polarização do universalismo x focalismo nas políticas sociais: os Estados deveriam desenvolver um conjunto de ações essenciais, a serem oferecidas com alta qualidade para toda a população. Giovanella e Mendonça (2008) mencionam que, sob a orquestração de tal proposta, se constata um movimento de renovação da APS, através da OMS e da OPAS, no sentido de alcançar a meta dos Objetivos do Milênio da ONU.

globalização, que seriam incapazes de participar ativamente da sociedade e para os quais deveriam ser oferecidos “(...) um caminho de regresso à capacidade” (LATHAM, 2007, p.55).

Neste lastro, apesar do discurso da NPS denunciar a desigualdade em saúde, é evidente que não aborda a complexidade das expressões da questão social, que está indissociavelmente vinculada ao modelo de desenvolvimento sócio econômico adotado (CEBES, [s.d.]). Exemplo disso é que, segundo Carvalho (2004), em determinadas vertentes da NPS, temas como conflito de classes e a relação capitalismo e saúde tem uma presença quase sempre marginal.

Stotz e Araújo (2004) analisam que, na perspectiva da OMS e do Banco Mundial,

promover a saúde das populações em países periféricos implica na focalização de políticas para segmentos mais pobres e excluídos. A participação desses segmentos sob a forma do *empowerment* não modifica as condições estruturais geradoras de sua pobreza e exclusão, mas legitima sob a ótica da equidade a soberania limitada na periferia do sistema capitalista (ARAUJO, 2004, p.17).

Nesta perspectiva, para o ideário do social-liberalismo, a redução da pobreza de renda não deve ser o objetivo primordial das políticas de desenvolvimento econômico e social, pois o que se deve combater é a privação dos indivíduos do acesso às liberdades do mercado (MARANHÃO, 2010).

De tal concepção decorre uma desvalorização da igualdade como um valor imprescindível da convivência social e, em seu lugar, objetiva-se “(...) consolidar a liberdade individual como valor moral radical. O bem-estar social, que era tarefa do Estado, passa a se constituir em tarefa dos indivíduos e grupos” (NEVES; SANT’ANNA, 2005, p.37).

Desde essa perspectiva, segundo Lima e Martins (2005), a Terceira Via defende que a realização da igualdade com inclusão social - assim como o bem comum -, careciam de ser viabilizadas pela via de políticas sociais “gerativas” que aprimorem o capital social dos grupos e nações, “(...) incutindo neles o espírito empreendedor, a autoconfiança, a capacidade de administrar riscos e rompendo em definitivo com a cultura de dependência criada pelo Estado de bem-estar social e suas políticas universais” (LIMA; MARTINS, 2005, p.57)

Outra discussão importante, no interior da NPS, se refere ao princípio de **sustentabilidade**⁸⁹.

Silva (2010) revela que a programática ambiental, nas últimas décadas, tem como ícone o ideário do Desenvolvimento Sustentável, amplamente presente nas discussões da NPS, da ONU e da OMS e nas proposições da Terceira Via. Não é à toa que, nas Conferências Internacionais sobre PS, a saúde seja concebida como um dos importantes componentes seja do desenvolvimento econômico, seja do desenvolvimento social.

A autora referida afirma que, apesar da larga divulgação do desenvolvimento sustentável como estratégia de enfrentamento à crise ambiental, ele se configura como funcional à lógica do capitalismo coetâneo, já que

propõe a incorporação dos critérios ambientais **na** e **pela** atividade produtiva, de forma que o crescimento econômico – tido como condição irrefutável para obterem-se os padrões desejados de desenvolvimento – não comprometa as condições de renovação e a capacidade dos ecossistemas existentes no planeta. Trata-se da busca por compatibilizar acumulação capitalista, preservação ambiental e justiça social (SILVA, 2010, p.110).

Em nossa análise, tal discurso também está intrinsecamente relacionado à nova pedagogia da hegemonia, integrando “(...) o novo receituário ideopolítico que fundamenta o movimento de contrarreformas em nível mundial” (SILVA, 2010, p.107). Segundo esta analista, esse ideário evidencia um discurso transclassista, que atribui a todos, indiscriminadamente, a responsabilidade pela dilapidação no planeta, ofuscando o caráter classista tanto da apropriação dos recursos naturais quanto na geração dos dejetos. As saídas preconizadas, de acordo com esta autora, circunscrevem-se a mudanças de atitude e comportamento mais respeitoso frente à natureza, incluindo aí as posturas empresariais, porém que não colocam em xeque a lógica da produção capitalista. Neste sentido, é questionável a adoção de um discurso “idílico” sobre os problemas ambientais, sem que se denuncie a destrutividade do capital em suas buscas incessante por lucros crescentes (para usar terminologia de Mézaros, 2009), o que certamente não é do interesse das agências internacionais envolvidas na divulgação da NPS.

⁸⁹ Como já esclarecemos, o texto da OMS (1998) se refere apenas à sustentabilidade econômica dos programas de PS. Contudo, os diversos textos resultantes das conferências internacionais da NPS a associam diretamente ao desenvolvimento sustentável, reconhecendo a intrínseca relação entre a saúde e a questão ambiental.

Sobre a relação entre a NPS e o discurso do desenvolvimento sustentável, evidenciam-se inúmeros paradoxos, dos quais destacamos dois. O primeiro se refere ao fato de algumas grandes empresas incorporarem o discurso da NPS e a favor da qualidade de vida, sem, no entanto, “um investimento consistente e coerente no controle dos riscos que elas mesmas produzem ao meio ambiente” (MILIO, 1996, apud CZERESNIA, 2003b, p.18). O segundo se relaciona às políticas em relação à saúde do trabalhador que, num contexto de reestruturação produtiva e de diminuição dos direitos trabalhistas, focam individualmente nos empregados “medidas” sanitárias visando à melhoria da saúde, sem considerar que as próprias relações e condições de trabalho geram condições propícias ao adoecimento.

Em relação à intersectorialidade, um dos princípios da NPS, cumpre lembrar que sua discussão tem gênese no próprio processo de nascimento da APS e da NPS, já em Alma Ata. Enquanto chamado à ultrapassagem das fronteiras do setor saúde no enfrentamento do processo saúde-doença, a intersectorialidade é indiscutivelmente válida e imprescindível para dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população.

Como demonstra Costa (2010), este é um elemento chave da Reforma Sanitária. Contudo, em virtude da ênfase da NPS na intersectorialidade e nas políticas públicas saudáveis, existe o risco de reportar ao exterior dos serviços de saúde suas mais importantes estratégias de intervenção, como se a responsabilidade pelas ações promocionais somente indiretamente dissessem respeito ao campo da saúde.

Esta concepção acaba por traduzir uma tendência de desvio de recursos da atenção à saúde, bem ao gosto dos defensores de um enxugamento do Estado nas políticas sociais: para legisladores e gestores, se “tudo é saúde”, tais (parcos) recursos podem ser aplicados em outras áreas sociais (CAMARGO JÚNIOR, 2007). Isso tem acontecido, por exemplo, no Brasil, em diversas iniciativas que objetivam a retirada de recursos do orçamento da política de saúde para investimento em ações de assistência social ou saneamento básico, em nome da concepção ampliada de saúde⁹⁰.

Esse processo pode resultar também em uma secundarização da tessitura de formas de intervenção sobre os “núcleos duros” da gestão e dos processos do trabalho, como a clínica

⁹⁰ Cumpre destacar que a regulamentação da Emenda Constitucional 29 possui um papel importante no sentido de barrar tal processo, ao mencionar explicitamente o que pode ser considerado ou não gasto com saúde.

(PASCHE; HENNINGTON, 2006). Ao que parece, embora critique a racionalidade biomédica, a NPS termina por não enfatizar a necessária reforma daqueles serviços de saúde de caráter assistencial (CAMPOS, 2005), o que compromete a modificação do modelo de atenção.

Bastaria nos esquecermos da doença, tomar o coletivo como objeto e assegurar controle social e estaria completa a receita para um novo paradigma sanitário. Infelizmente, a tarefa epistemológica, organizacional e prática era bem mais complexa (CAMPOS, 2008, p.18).

Nesse cenário, acaba sendo produzida uma verdadeira dicotomia entre clínica e promoção da saúde, ocorrendo um extravio do valor relativo das atividades assistenciais na produção da saúde e a promoção acaba se transformando em “paradigma”, afastada da clínica, numa verdadeira armadilha (ONOCKO CAMPOS, 2006). Ficam as indagações desta autora (p.65):

A quem serve, que funções têm, beneficia quais interesses, mantermos essa separação entre a promoção e a clínica? Incentivaremos a promoção para promover a integralidade (e aí a ampliação e qualificação da clínica são indispensáveis e indissociáveis), ou o faremos para cumprir ordens dos organismos financeiros internacionais e termos pacotes pobres para pobres?

Sobre as políticas públicas saudáveis, Costa (2010) coloca que a vertente das Cidades Saudáveis, apesar de considerar as relações ser humano/natureza e ser humano/ser humano, não se debruça sobre as raízes das desigualdades sociais, que se encontra na superexploração e na concentração das riquezas socialmente produzidas. Desse modo, “tal concepção reduz as desigualdades sociais à exclusão social e a uma mera questão de planejamento e gestão das políticas públicas e das cidades” (COSTA, 2010, p.125).

O princípio das **ações multi-estratégicas** se articula intimamente com o princípio da intersectorialidade e atribui ao setor saúde o papel de catalisador das ações promocionais, mas não de único responsável. Como exemplo, é interessante retomar a discussão de Buss (2002) quando ilustra que uma alimentação pouco saudável não depende apenas de acesso a informações sobre uma dieta balanceada, mas também está relacionado ao preço dos alimentos e, acrescentaríamos, às propagandas que induzem ao consumo.

Nesse caso, o incentivo a uma dieta equilibrada abrange também medidas no setor econômico relacionadas a prioridades relativas à produção e comercialização de alimentos,

incluindo incentivos fiscais aqueles considerados saudáveis; bem como restrições a alimentos (e propagandas comerciais daqueles) que oferecem riscos à saúde. O autor citado comenta que "as ações de educação para a adoção de estilos de vida mais saudáveis são importantes, mas estão condicionadas por outras ações do poder público e/ou resultantes da mobilização da sociedade" (BUSS, 2002, p.54).

Avaliamos, dessa forma, que as ações multi-estratégicas, efetivamente, são fundamentais para a NPS, desde que não sirvam de justificativa para a diminuição da responsabilidade do setor sanitário na resposta às necessidades de saúde da população.

É imprescindível situar que o discurso da NPS, além das implicações para o setor sanitário, tem profundas conexões com os interesses do mercado. Chapela (2010) mostra que, desde os anos 1990, vem ocorrendo uma forte vinculação entre saúde e produção e venda de mercadoria e a construção de um "(...) mercado del cuerpo-objeto consumidor y consumible aparece sin ningún recato como verdad naturalizada" (p.34).

Neste contexto, o saudável se entrelaça com o estético ⁹¹ (CEBES, [s.d.]). Acrescentaríamos que a saúde também se imbrica com o estilo de vida "jovem"⁹²: a juventude é associada a valores e estilos de vida e se transforma num modelo a ser alcançado por todas as idades (LEAL VASCONCELOS, 2002, p.35).

Assim, os sonhos de que a ciência e a tecnologia revelem os segredos do envelhecimento ou a fórmula da eterna juventude constituem um mecanismo fundamental de constituição de mercados de consumo, como aponta ainda Debert (1999). Numa sociedade de "democracia política" e de consumo de massa, emerge uma cultura do corpo, do corpo jovem e modelado, narcísico, para ser exibido. Cada pessoa torna-se gestora de seu próprio corpo, guiada, como anota Courtine (1995), por uma verdadeira

⁹¹ O interessante artigo de Luz (2008) discorre sobre a relação entre saúde e estético. Ela aponta que o objetivo da realização de certas atividades físicas é "(...) fortalecer e fazer visíveis certos tecidos do corpo, 'debulhando' músculos, 'levantando' seios e glúteos, fazendo fortes os músculos e tendões, modelando assim uma imagem de saúde que associa força, juventude e beleza. A prática sistemática de exercícios repetidos sob ritmos variados, frequentemente acompanhados de música, com vistas a colocar 'em forma' o corpo, caracteriza esse conjunto de exercícios físicos como um movimento regido pela estética cultural atual" (LUZ, 2000, p.32).

⁹² O que expressa um redefinição do próprio envelhecimento: "na busca constante de longevidade e manutenção do seu papel social, o conceito de envelhecimento ativo converge para os referenciais da promoção da saúde e representa uma estratégia que se dirige à modificação dos estilos de vida incentivando e transformando o idoso em grande consumidor de tecnologias que lhe permitam ser jovem, saudável, longo e atento à forma física. Com isso, constroem-se novas regras e discursos de verdade nos quais a juventude passa de um estágio a um valor, um bem a ser conquistado por meio de estilos de vida adequados. Nos novos valores sociais, a busca por um corpo jovial e disciplinado é preceito (MENDONÇA, et al., 2008)" (SILVA, 2009, p.147).

“obsessão dos invólucros corporais: o desejo de obter uma tensão máxima da pele; o amor pelo liso, pelo polido, pelo fresco, pelo esbelto, pelo jovem; ansiedade frente a tudo o que na aparência pareça relaxado, franzido, machucado, amarrotado, enrugado, pesado, amolecido ou distendido; uma contestação ativa das marcas do envelhecimento no organismo. Uma negação laboriosa de sua morte próxima’ ((LEAL VASCONCELOS, 2002, p.86)”.

Assim, a disseminação da ideia de promoção da saúde incentiva um novo padrão de consumo, que abrange não somente o consumo de medicamentos e sofisticados recursos tecnológicos, mas avança em todas as esferas do cotidiano. Esse processo contribui para a alimentação do “mercado da saúde” (ou do “bem-estar”), que constitui atualmente um dos sustentáculos fundamentais da acumulação capitalista, não arrefecendo nem mesmo em momento de crise econômica (CEBES, [s.d.]).

A “Indústria do Bem-Estar”, segundo Pilzer (2002, apud FLORES, [s.d.])⁹³, renomado economista norte-americano e divulgador da “Revolução do Bem-Estar”, mostra que tal parcela do mercado seria distinto da “*healthcare industry*” (que estaria voltada para os “cuidados da saúde”, que o autor denomina de *sickness business*): a do bem-estar seria proativa, já que voluntariamente as pessoas se tornariam suas consumidoras, visando reduzir os efeitos do envelhecimento e evitar doenças (FLORES, [s.d.]).

De acordo com Kickbusch e Payne (2003), o mercado do bem-estar abrange os produtos e serviços inseridos nas seguintes categorias:

- a) Produtos nutricionais e serviços;
- b) Alimentos e bebidas (adjetivos de saudáveis ou naturais);
- c) Produtos de fitness e serviços (incluindo academias de ginástica, *personal trainers*);
- d) Cuidados de saúde preventivos,
- e) Medicina voluntária (incluindo cirurgia plástica e drogas de estilo de vida),
- f) Os cuidados de saúde alternativa;
- g) Os recursos em bem-estar (em particular nos meios de comunicação e do setor de informação);
- h) O turismo de saúde e bem-estar;
- i) O seguro de bem-estar.

⁹³ A proposta de Pilzer, segundo Flores ([s.d.]), é a necessidade da “The New Wellness Revolution” [Revolução do Bem-Estar], que quebrasse o ciclo de obesidade e adoecimento que, mais do que gerada por fatores biológicos, seria produzida por interesses econômicos, expresso pela aliança entre a indústria de alimentação (que vende alimentos altos níveis de gordura que prejudica a saúde) e a indústria médica (acionada pelo adoecimento das pessoas, mas que trata apenas o necessário para que as pessoas voltem a trabalhar e consumir). “É fácil entender isto quando um quarto da economia americana está na mão da indústria da alimentação (US\$ 1 trilhão) e da indústria médica (US\$ 1,5 trilhão)” (PILZER, 2002, apud FLORES, [s.d.], p.2).

Cumpra destacar que “a corrida da indústria do bem-estar está tão acelerada que chega a movimentar US\$ 30 bilhões no mundo⁹⁴”. Pilzer (2002, apud FLORES, [s.d.]) diz que a “Indústria do Bem-Estar” nos EUA, entre 2002 e 2012, lidaria com US\$1 trilhão em vendas. No Brasil esse mercado também está em ascensão: ao fazer uma busca sobre os dados do ramo, constatamos, por exemplo, que, de acordo com Gonçalves (2010), baseado em relatório da *International Health, Racquet & Sportsclub*, entre 2007 e 2010, o número de academias no Brasil duplicou (para 15.551), ficando o país atrás somente dos EUA. O setor teria gerado receitas de US\$ 1,11 bilhão apenas em 2009. Estudo sobre alimentos e bebidas saudáveis, divulgado em 2009, mostra que, no país, o setor cresceu 82,4% entre 2004 e 2009, com faturamento de US\$ 15,5 bilhões no período⁹⁵.

Frente a tal quadro, Kickbusch e Payne (2003) alertam para a crescente “privatização” da NPS: sua existência seria ainda marginal no setor saúde, porém viria sendo “apropriada” pelo setor privado, através da “revolução do bem-estar”⁹⁶. Na análise de Silva e Gadea (2009, p.238), estaria acontecendo um

(...) “deslocamento campo discursivo sobre saúde da esfera da medicalização para a esfera do consumo”, traduzindo-se em produtos, bens e serviços que potencializam a dinamização de um mercado articulador de produções simbólicas e materiais centradas no trinômio beleza, sexualidade e longevidade. Tal deslocamento revela as tendências atuais do individualismo na sociedade contemporânea, que tem no culto ao corpo uma das suas manifestações.

Neste sentido, haveria a tendência de adoção da NPS como um produto em um crescente mercado privado de bens e serviços de saúde e fica evidente que

O progressivo interesse empresarial por atividades portadoras da etiqueta “promoção da saúde” e a crescente colaboração entre os interesses da indústria de desenvolvimento de produtos e o sistema de atenção à saúde induz a inquirir os valores e resultados das formas comercializáveis da promoção da saúde. Estas tendem a adquirir mais um sentido de ‘promoção’

⁹⁴ Disponível em <http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/11461_INDUSTRIA+DO+BEM+ESTAR>, acesso em 5-12-2012.

⁹⁵ Disponível em <<http://negociosenetwork.blogspot.com.br/2011/01/saude-do-mercado-do-bem-estar.html>>, acesso em 5-12-2012.

⁹⁶ Kickbusch e Payne (2003) problematizam a necessidade da análise desse processo, bem como da (re)definição das estratégias e posturas dos defensores da NPS em face de tal “privatização” da saúde.

no sentido comercial do que de saúde propriamente dito, o que produz efeitos adversos (MILIO, 1996, apud CZERESNIA, 2003b, p.18).

Para Kickbusch e Payne (2003), um indício evidente da “revolução do bem-estar” é a explosão da mídia que foca na saúde e bem-estar, seja em formato eletrônico, livros, revistas especializadas, seja a ênfase aos temas da saúde, bem-estar e fitness nos canais de notícias gerais. Isso se evidencia, por exemplo, na quantidade de programas televisivos (nos canais de TV aberta ou por assinatura) que enfocam a saúde ou os estilos de vida, assim como nas propagandas de produtos etiquetados de “saudáveis”.

Na avaliação das autoras referidas, a transição para a comercialização, privatização e individualização de saúde é uma expressão das tendências maiores nas sociedades contemporâneas.

As elucubrações de Luz (2000) trazem importantes indicações para análise desse processo. A autora parte da hipótese de que a sociedade ocidental estaria vivenciando uma crise cultural que abrange suas relações com o modelo biomédico, o que estaria “empurrando” profissionais e usuários na busca de outros paradigmas terapêuticos, que tivessem a cura e o cuidado como prioritárias (distintamente da biomedicina, para quem o diagnóstico e a doença são aspectos centrais, como vimos). No entanto, prossegue a autora, apesar do êxito das medicinas “alternativas” no mercado da cura e, acrescentaríamos, da ampla propagação do discurso da promoção da saúde, “(...) todos agentes institucionais afirmam que o fundamental é adquirir, ter, conservar, promover a ‘saúde’, ou ao menos ‘evitar os riscos’ (à saúde)” (LUZ, 2000, p.26 – tradução livre). Neste sentido, nas palavras desta analista, a saúde estaria se convertendo em um **mandamento** para todos cidadãos.

Como mostramos, saúde, estética e juventude se imbricam, gerando o que Nogueira (2003) denomina de “higiomania”:

Tal estilo de vida, que se funda na idolatria do corpo e da saúde do corpo, não é criado por uma simples expropriação profissional [da medicina]: é alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da “dieta” e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que estão sempre interessados em vender este novo produto - o autocuidado (NOGUEIRA, 2003b, p. 187).

Este processo tanto alimenta quanto é resultado da expansão do que Berlinguer (1993) denomina de “salutismo” e obsessão pela saúde: saúde entendida como objetivo de vida.

O autor ainda aponta que, nesse contexto, as pessoas são bombardeadas com informações de todo tipo sobre a saúde, informações muitas vezes incertas, imprecisas, incompletas. Isso provoca, segundo o analista, efeitos devastadores na subjetividade dos indivíduos: ansiedade, angústia, terror, consulta de especialistas na busca de certeza de saúde que nenhum exame pode dar.

Já Luz (2000) busca analisar esse processo de centralidade da saúde na cultura atual (estendemos tal explicação à ideologia da NPS), lançando mão de duas linhas vertentes explicativas, que se imbricam. A primeira diz respeito ao custo social que a saúde representa para indivíduos, famílias e Estado nos últimos dois decênios. Tal custo, segundo a autora, ainda que relacionado ao crescente dispêndio com cuidados médicos (como vimos, sob a égide do modelo biomédico), também abarcaria as repercussões da deterioração social causada pela globalização (acrescentaríamos os processos a ela relacionados, como as transformações na esfera produtiva) nas relações de trabalho (precarização, desemprego) e na seguridade social, assim como nas condições de saúde dos trabalhadores (LUZ, 2000). Esse quadro de insegurança e instabilidade, segundo a autora, resulta em perturbações e agravos na saúde física e mental de setores cada vez mais amplos da população. Neste contexto, conforme a analista citada, a questão das condições de vida e de trabalho – da qualidade de vida - ressurge como temática (não apenas teórica, mas simbólica) importante na definição do significado da “saúde”.

O segundo elemento explicativo seria a relação da centralidade da “saúde” com o que a autora denomina de universo simbólico da cultura contemporânea, caracterizada pelo individualismo; pelo consumismo; pela competência dos indivíduos como regra fundamental dos relacionamentos: “(...) cultivo do corpo como unidade central (e muitas vezes única) delimitadora do indivíduo com relação aos outros e as estratégias de valorização deste corpo, no sentido de obter, a partir dele, dinheiro, **status e poder**” (LUZ, 2000, p.29 – tradução livre – grifo da autora).

De acordo com a mesma autora, as estratégias relacionadas com tal valorização são eminentemente estéticas e abrangem a juventude, a beleza e a força.

Essas representações e estratégias dominantes na cultura penetram as representações e práticas de saúde, submetendo-as e dirigindo-as no sentido

da ratificação e do fortalecimento dos valores centrais da sociedade (LUZ, 2000, p.29 – tradução livre).

Silva e Gadea (2009) endossam tal perspectiva, ao indicar o coetâneo processo, reforçado pela mídia, de priorização do “(...) consumo de bens e a produção de estilos de vida, num processo de enaltecimento de uma cultura dietética, desportiva e higiênica, que configura uma estética narcisista de otimização dos indivíduos e de suas possibilidades de ‘felicidade’” (p.236).

O discurso estético-sanitário, segundo indicações das citadas analistas, secundariza a saúde coletiva, destacando a necessidade da construção do bem-estar individual, a ser alcançado através do “(...) sexo, da nutrição, do *fitness*, do combate ao estresse, do uso de tecnologias e drogas da medicina estética, focadas no combate ao envelhecimento e nas possibilidades de alteração da forma corporal” (SILVA, GADEA, 2009, p.238).

Cumprir destacar ainda a existência da compreensão da NPS como “(...) uma estratégia – poderosa – que pode significar passos concretos em direção á utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p.9). Esta concepção, no entanto, é questionada por lúcidos analistas, como Vasconcelos (2003, apud ASSIS, 2004, p.35), que afirma que

Mesmo com o consumo de todos os produtos de saúde, a implementação de todas as técnicas médicas e o seguimento de todos os bons hábitos de vida, nós vamos morrer por meio de doenças e com algum sofrimento. Saúde é também uma adaptação equilibrada e habilidosa ao sofrimento, deficiência, doença, envelhecimento e morte que atinge a vida de todos. Neste sentido, esta preocupação exagerada e individualista com a saúde tem aumentado o sofrimento das pessoas, pois as desvia da busca de caminhos espirituais ou sociais de adaptação criativa para a dor e os defeitos que todos têm. É uma idolatria que insinua a promessa de saúde e juventude eternas, mas que está gerando mais insatisfação e angústia, base de novos consumos e novos lucros para a imensa indústria da saúde.

Em nossa análise, todo esse processo coevo de valorização da saúde – e da NPS - é parte de um processo mais amplo, que tem a ver, concomitantemente, com processos de conformação do atual bloco histórico.

Como mostramos ao longo das discussões desse capítulo, a adoção do discurso promocional pelos organismos multilaterais, em nível mundial, tem profundas relações com a crise financeira do setor sanitário (proveniente especialmente dos altos custos decorrentes da

lógica biomédica, assim como das alterações epidemiológicas e demográficas) e os interesses da “indústria do bem-estar”. Evidentemente, não podemos desconsiderar a importância das lutas dos movimentos sociais pela defesa da saúde enquanto direito e pela modificação do modelo hegemônico de atenção à saúde, que conformam perspectivas em torno da PS podem adquirir conotações mais progressistas.

Não obstante, a NPS também possui íntimas relações com busca de uma nova hegemonia, sob a regência do discurso do social-liberalismo: a responsabilização do indivíduo e o foco nos “estilos de vida” saudáveis; a afirmação de determinados valores, especialmente o “individualismo”; os discursos da equidade, da sustentabilidade, a concepção da saúde como elemento do desenvolvimento, etc. Como demonstramos, as estratégias preconizadas pela Terceira Via se coadunam com os princípios e indicações da NPS em diversos momentos.

Não podemos deixar de registrar que o discurso da NPS assume também ares “a-classistas”, já que, frente ao novo quadro epidemiológico e demográfico, os “ensinamentos” sobre a busca da saúde abrangeriam todos os indivíduos, independentemente de condição de classe, gênero, raça/etnia, etc. Sem contar a perspectiva do “controle” e da normatização sobre os cotidianos das pessoas.

Em nossa análise, a NPS seria parte das estratégias da nova pedagogia da hegemonia na busca da tessitura de um novo pacto social, que corresponderia a

[...] um acordo de esforços baseado na mudança de estilos da vida. Suas forças motivadoras seriam a aceitação da responsabilidade mútua de enfrentar os males que o desenvolvimento trouxe consigo; uma necessidade de mudança de estilo de vida por parte de ambos, os privilegiados e os menos privilegiados; e uma concepção ampla de providência afastando o conceito de provisão econômica para os despossuídos (GIDDENS, 1996, apud LIMA; MARTINS, 2005, p.59).

Neste pacto social, um “novo” individualismo teria centralidade:

(...) o individualismo como um valor moral radical em suas dimensões individual e coletiva, o que não implica necessariamente atomização de ações sociais, mas estímulo a formas despolitizadas de associativismo (MELO, A., 2004); aprofundamento da mundialização ‘excludente’ e dos processos de liberalização, privatização e desregulamentação dos países pobres; e a questão básica da instituição da governança” (MELO, 2005, p.76).

Apesar dessa leitura, não podemos deixar de reforçar que a própria concepção de PS é palco de grandes tensões. Chapela e García (2010), por exemplo, constataam a existência de duas grandes vertentes de PS. A primeira diz respeito às vertentes de PS subalternizantes, que englobam a “promoção da saúde do mercado”; a PS “oficial” e outras perspectivas que adensam uma abordagem culpabilizante do indivíduo; A segunda abarca as concepções nas quais a PS é tratada na direção da emancipação.

La perspectiva dominante de promoción de la salud está centrada en la modificación de riesgos y estilos de vida a partir de lo cual ignora los determinantes sociales de la salud, desvincula la política sanitaria de la económica y se suma acriticamente a la tendencia a la mercantilización y privatización de los servicios de salud. Funge como un legitimador de las desigualdades sociales al tiempo que culpabiliza e individualiza la salud, ignorando los procesos colectivos. Frente a ello, es posible ubicar una perspectiva emergente de promoción de la salud que denuncia la desigualdad social y retoma los determinantes sociales de la salud dando centralidad a la noción de derechos sociales; vincula la política sanitaria e la económica; cuestiona la mercantilización de la promoción de la salud; propicia procesos colectivos que implican la decisión de los sujetos al tiempo que promueve procesos de exigibilidad/emancipación (GARCIA, 2010, p.89).

Diante da complexidade que envolve o debate da NPS, não é de surpreender que nos deparemos com trabalhos na perspectiva da PS heterogêneos: há tanto produções teóricas, legislações e experiências com marcas subalternizantes quanto com perspectivas progressistas.

Na última direção, em nossa análise, o debate e as propostas em torno promoção da saúde podem, inclusive, contribuir para a retomada das teses centrais da RSB dos anos 1980. Neste sentido, a PS pode também de ser considerada uma lente - da integralidade, da concepção ampliada de saúde, da determinação social da saúde - a nortear os serviços sanitários em todos os níveis de atenção e a parametrar o trabalho dos diferentes gestores e profissionais, em suas formas de abordagem e atuação (ações e atividades), bem como contribuir para a construção de políticas efetivamente intersetoriais.

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Nesse capítulo realizamos uma incursão no significado sócio-histórico das profissões, visando subsidiar nossas considerações acerca do Serviço Social enquanto profissão de saúde. Em seguida nos debruçamos no cenário atual do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando as propostas da Saúde Coletiva (SC) em relação aos modelos assistenciais e sua relação com a PS/NPS. Tratamos depois da ressignificação do trabalho do(a) assistente social no âmbito do SUS, discutindo o lugar da profissão no sistema, bem como analisando as demandas colocadas a ela colocadas e as respostas profissionais. Por fim, examinamos a relação entre o Serviço Social e a Promoção da Saúde, problematizando a fertilidade das contribuições desta – sob a ótica da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) - para o exercício profissional do(a) assistente social.

3.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE AS PROFISSÕES

A priori cumpre registrar o desafio de conceituar o vocábulo “profissão”, que possui, segundo Franzoi (2009), distintas acepções segundo a área de conhecimento e a tradição nacional e idiomática no qual é usado.

A autora situa que na sociologia anglo-americana, por exemplo, o termo *profession se* diferencia de *occupation*: enquanto esta designaria o conjunto dos empregos, “*profession*” abrangeria as profissões tidas como sábias, que requerem formação universitária. Nesta perspectiva, Machado (2009, não paginado) afirma que “deter uma sólida base cognitiva de conhecimentos específicos aplicáveis a uma dada realidade, com autonomia profissional de seus praticantes do ofício, é o que define uma profissão e a distingue de uma ocupação técnica⁹⁷”. Durand (1975, p.59) afirma, portanto, que *profession* seria a

ocupação que exige preparo escolar sistemático e prolongado, controle do desempenho individual pelos pares (ou autocontrole) e legitimação da ação

⁹⁷ Machado (2005, p.14) indica que “há consenso pelo menos entre os teóricos da área (Moore, Wilesnky, Larson, Freidson, entre outros), de que a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para o ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir uma profissão”.

profissional em nome de prestação desinteressada de serviço à comunidade, traço usualmente chamado de “ideal de serviço”⁹⁸.

A oposição semântica entre os termos *profession* e *occupation*, segundo Franzoi (2009, não paginado), estaria associada a “disputas de poder na sociedade que se configura como uma luta política e ideológica pela distinção e pela classificação”⁹⁹.

Prosseguindo, a aludida analista afirma que, tanto na língua francesa quanto na portuguesa, a expressão profissão, quando não adicionada do termo **liberal** (ou *libérales*), “(...) designa tanto as ‘profissões sábias’ quanto o conjunto dos empregos reconhecidos na linguagem administrativa, principalmente nas classificações dos recenseamentos promovidos pelo Estado” (FRANZOI, 2009, não paginado).

Aqui cumpre esclarecer que, segundo Simões (2001, p.66), as profissões liberais (dentre as quais o Serviço Social se situa) podem ser definidas como aquelas que “lidam com os elementos da vida, com os elementos vitais” e “cujo exercício depende, fundamentalmente, da iniciativa e das qualidades pessoais do profissional” (SIMÕES, 2007, p.439). Isso requisita marcada autonomia de trabalho (independentemente do vínculo empregatício) e demanda um agudizado senso ético e, portanto, uma normatização ética. Prossegue o citado autor informando que, contemporaneamente, “a conceituação de profissão liberal decorre da exigência de requisitos de diploma em um curso de nível superior, inscrição em um órgão normatizador, fiscalizador e de defesa da profissão e a subordinação a um código de ética. Porém, assegurando o reconhecimento da autonomia profissional” (SIMÕES, 2007, p.440).

⁹⁸ Duran (1975) questiona essa vertente da sociologia das profissões, ao analisar que, nas produções sob tal perspectiva, *profession* é tomado como um tipo ideal (no sentido weberiano) e a profissionalização seria um processo pelo qual as diversas ocupações passariam. Neste sentido, o autor coloca que tal vertente retoma a concepção durkheimiana acerca do significado da corporação de ofício como estratégia para superação da anomia jurídica e moral, ao supor que a organização profissional das ocupações implica a superação de interesses individuais em nome de interesses coletivos. Para o autor, essa concepção não considera o movimento de desprofissionalização (difusão da relação de assalariamento), a emergência de organização sindical e a redução salarial, nem a “(...) redução do diferencial de salário, de prestígio e de controle do processo de trabalho do trabalhador não-manual qualificado em relação às demais categorias de trabalhadores não-manuais e operárias” (DURAND, 1975, p.59). O limite interpretativo daquela vertente também se expressa, na análise do autor em tela, na ausência de discussão sobre os processos de busca de monopólio de profissões que aspiram níveis mais elevados de remuneração e tendem a dificultar o ingresso de novos membros para evitar “excesso” de praticantes.

⁹⁹ Franzoi (2009) alerta para o caráter histórico e social do processo de hierarquização intra e entre grupos profissionais que, na divisão social e técnica do trabalho, passa pela disputa pelo monopólio do mercado. Assim, “(...) o caráter ‘mais’ ou ‘menos científico’ do conhecimento monopolizado por cada grupo profissional não é dado, mas socialmente construído” (FRANZOI, 2009, não paginado). Isso porque, na análise da autora, em nossa sociedade, o conhecimento formal, assim como a ciência, define relações de poder.

Para além das terminologias e classificações, na análise de Durand (1975), uma análise ampla das profissões necessariamente passa pela apreensão dos processos de divisão social e técnica do trabalho¹⁰⁰.

Mota (1987) dá indicações importantes para uma discussão nessa perspectiva. A autora parte do reconhecimento do trabalho como atividade social, fruto da prática histórica dos indivíduos em sociedade, que, ao produzirem bens que respondem a suas necessidades, produzem a si próprios e aos demais seres humanos, gerando novas necessidades e novas formas de lidar com elas, o que conforma o processo de produção e reprodução da vida social.

Segundo essa analista, é no bojo da existência de necessidades e da busca de formas de responder a elas que ocorrem vários graus de divisão do trabalho, gerando atividades que tomam a forma de especializações, como meios para suprir necessidades sociais de natureza material ou espiritual. Desse modo, as profissões surgem na “estreita relação dialética entre necessidades humanas básicas e organização da produção, determinada pela necessidade da acumulação e da reprodução capitalista” (MOTA, 1987, p.26). Na mesma direção, Netto (1992, p.87) assinala que “(...) o erguimento de uma configuração profissional [ocorre] a partir de demandas histórico-sociais macroscópicas”. Em síntese, segundo Mota (1987), as profissões são forjadas com base no reconhecimento de uma relação entre a existência de necessidades e a possibilidade de seu suprimento, através de uma ação especializada que, portanto, adquire caráter social.

A autora aludida afirma que a existência de determinação social na emersão de qualquer profissão é evidenciada tanto pela finalidade/utilidade do resultado da ação profissional, quanto pela maneira como é gerada. “(...) Ou seja, através dos conhecimentos, métodos e técnicas que são utilizados na sua produção” (MOTA, 1987, p.21). Não obstante, segundo a estudiosa, a determinação social abrange também o reconhecimento ou a legitimação social das profissões, o que vai além dos produtos criados pela mesma.

O desenvolvimento das profissões resulta também num conhecimento sobre seus objetos, como argumenta Mota (1987, p.21), o que suscita outros níveis de construção,

¹⁰⁰ Esse processo, segundo Durand (1975), abrange a extensão das relações capitalistas de trabalho no setor de prestação de serviços, bem como do decorrente movimento de profissionalização ou desprofissionalização. Foge aos nossos objetivos adentrar nessa discussão sobre o setor de serviços. Para um aprofundamento desse debate, cf Costa (1998).

abarcando um novo relacionamento entre conhecimento e prática. “Por isso mesmo, a historicidade de uma profissão também incorpora uma relativa autonomia em relação aquilo que a determina”.

A analista referida demonstra ainda que, ademais da questão técnica, o exercício de uma profissão é condicionado pelo uso de estratégias em virtude das limitações ou possibilidades reais. Tais estratégias indicam o tipo de consciência social dos agentes, “qualificando o exercício profissional, para além de mera questão de habilidades, como um comportamento político” (MOTA, 1987, p.22).

Netto (1992) considera que o surgimento e o desenvolvimento de um estatuto profissional (bem como dos papéis a eles associados) acontecem através de um duplo movimento: de um lado, provocado pelas demandas socialmente atribuídas; de outro, instigado pelo que o autor denomina de reservas próprias de forças (relacionadas à teoria e às práticas de cada profissão), que podem estar competentes ou não para responder às requisições. “O espaço de toda e cada profissão no espectro da divisão social (e técnica) do trabalho na sociedade burguesa consolidada e madura é função da resultante destes dois vetores (...)” (NETTO, 1992, p.89). Destarte, a mediação entre a necessidade e sua satisfação ocorre tanto pela via da existência de condições objetivas, quanto pela possibilidade de ação dos seus agentes profissionais.

Este autor chama a atenção que um traço característico do processo de institucionalização das profissões é que o dinamismo histórico social postula, a cada uma de suas modulações, a premência de reestruturar os estatutos das profissões particulares.

Isto significa que, em lapsos diacrônicos variáveis, todos os papéis profissionais veem-se em xeque – pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas, pelo grau de agudeza e de explicitação das lutas de classes, pela emergência (ou rearranjo ponderável) de novos padrões jurídico-políticos etc. Decorrentemente, a original legitimação de um estatuto profissional encontra-se periodicamente questionada – e não é suficiente o apelo à sua fundamentação anterior, senão que se lhe põe premente uma reatualização que a compatibilize com as demandas que se lhe apresentam (NETTO, 1992, p.89).

Além disso, é o Estado que regulamenta as profissões, ou seja, que reconhece a “utilidade” de certa prática profissional, processo que, segundo Spink (1985, p.27), está

relacionado ao nível de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, assim como aos valores culturais preponderantes.

Assim, a necessidade de legislar e disciplinar uma atividade profissional está relacionada não apenas às características intrínsecas de uma determinada prática, como também às circunstâncias específicas nas quais ela se define: o grau de organização corporativa, condicionando a capacidade de exercer pressão política¹⁰¹; as características da divisão técnica do trabalho; e o grau em que o Estado chama a si a responsabilidade de regular o processo de trabalho.

A regulamentação de uma profissão, segundo a autora mencionada, visa, além de fiscalizar o exercício profissional para controle e proteção da comunidade (ou seja, dos usuários), assegurar a exclusividade ou o monopólio de um exercício profissional.

Aqui surge um campo de disputas: as fronteiras entre as profissões¹⁰². Neste sentido, cabe pontuar que "as leis que regulamentam as profissões procuram separar em dispositivos diferentes as funções privativas de um profissional e as funções que constituem áreas comuns a várias profissões" (SPINK, 1985, p.34).

Franzoi (2009) mostra que, no processo de configuração das profissões, as unidades formadoras - em seus diferentes níveis e através de distintos mecanismos - possuem um importante papel de legitimação¹⁰³. Neste sentido, o Estado tem papel relevante na "(...) pactuação e regulação através, dentre outras ações, do reconhecimento dessas instituições e das credenciais por ele emitidas" (FRANZOI, 2009, não paginado).

Tendo tais considerações como horizonte, como nosso objeto de interesse é o Serviço Social, cumpre fazer algumas anotações gerais sobre seu significado.

¹⁰¹ Como mostram Spink (1985) e Franzoi (2009), a regulamentação de uma profissão sanitária, por exemplo, depende muito da mobilização de seus executores, pela via de uma associação, visando convencer à sociedade em geral sobre sua relevância, assim como de seu *lobby* junto aos parlamentares para fins de propositura e aprovação de projeto de lei de regulamentação.

¹⁰² Exemplo desse processo foi o debate extremamente aquecido que envolveu a aprovação da Lei do "Ato Médico" (Projeto de Lei do Senado, Nº 268 de 2002), que dispõe acerca do exercício da Medicina e vinha sendo largamente questionado pelas demais profissões de saúde. A regulamentação da profissão de Medicina foi aprovada, mas com veto da Presidente Dilma aos pontos mais polêmicos do texto. Maiores informações em <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/07/11/com-dez-vetos-dilma-sanciona-ato-medico.htm>>.

¹⁰³ De acordo com Franzoi (2009), a requisição de educação formal para o exercício de uma profissão funciona como forma de reserva de mercado de trabalho para integrantes de certa profissão e não inserção dos demais. "(...) Portanto, as diferentes formas de acesso/controle do saber produzem as diferenças entre o profissional e o leigo e as hierarquias no interior do grupo profissional (FREIDSON, 1998)" (FRANZOI, 2009, não paginado).

3.2 O SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO

A priori é relevante situar que a concepção aqui adotada está baseada no Projeto Ético-Político (PEP) do Serviço Social, referencial crítico que emerge o contexto da luta pela redemocratização do país, representando uma crítica sistemática ao Serviço Social “tradicional” e aos seus fundamentos teórico-metodológicos e ideopolíticos, implicando uma tentativa de ruptura com o conservadorismo. A construção do PEP significa a explicitação do compromisso da categoria com os valores emancipatórios e com a transformação social.

Esse processo resultou na redefinição de seus referenciais normativos (o Código de Ética, de 1993; a Lei de Regulamentação da profissão, do mesmo ano; e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS, de 1996); na busca da requalificação do trabalho do(a) assistente social; no redirecionamento da formação profissional; no amadurecimento da pesquisa e da produção de conhecimentos; bem como em uma nova legitimidade junto aos usuários e movimentos sociais.

O Serviço Social é considerado uma profissão¹⁰⁴, ou seja, uma especialização do trabalho coletivo, no interior da divisão social e técnica do trabalho (NETTO, 2006), com estatuto jurídico reconhecido inicialmente através da Lei 3.252/1957 e atualmente referendado na Lei 8.669, de 17 de junho de 1993.

O significado do surgimento dessa profissão - enquanto parte das estratégias de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, no alvorecer da era dos monopólios (NETTO, 2001) - está associado à (re)produção das relações sociais, ou seja, com a reprodução tanto da vida material e do modo de produção, quanto das formas de consciência e modo de vida na sociedade, atuando em diversificadas situações sociais que afetam as condições de vida da população (IAMAMOTO; CARVALHO, 1985; YASBEK, 2008). Neste sentido, a função social do Serviço Social remete às políticas sociais: seu espaço ocupacional é preponderante na

¹⁰⁴ É pertinente indicar, ainda que ultrapasse o escopo desse trabalho tal discussão, que há uma grande heterogeneidade na terminologia adotada pelos autores para aludir ao exercício profissional: alguns utilizam o termo prática, como Guerra (2009); outros optam por ação profissional, a exemplo de Mioto (2007); outros, como Iamamoto (1998; 2009), defendem o termo trabalho, destacando que o uso deste em lugar de prática profissional não indica uma simples mudança de terminologia, mas a ultrapassagem de uma concepção que se referia exclusivamente à atividade do assistente social, como se os componentes desse exercício profissional (a dinâmica institucional, as políticas sociais, etc.) tivessem com ele uma relação de externalidade; já analistas como Lessa (2007) questionam tal uso do conceito de trabalho, trazendo à tona uma polêmica discussão. Aqui utilizaremos de forma indistinta os termos exercício profissional e trabalho.

execução das mesmas, o que faz com que contenha, como marca de sua constituição, “uma dimensão de **interferência imediata** no real, de ação na sociedade” (IAMAMOTO, 1992, p.194 – grifos nossos).

Segundo esta autora, o fato de que, apesar dos serviços sociais serem o suporte material e as entidades se constituírem na base organizacional que condicionam e possibilitam a atuação profissional, o trabalho do(a) assistente social assume muito mais o caráter de uma “ação global de cunho socioeducativo ou socializadora, voltada para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos, que busca a adesão dos sujeitos; incide tanto sobre questões imediatas como sobre a visão de mundo dos clientes” (IAMAMOTO, 1992, p.101).

Sobre essa dimensão pedagógica do exercício profissional do(a) assistente social, Abreu (2004) traz interessantes reflexões. Ela parte da afirmação de Gramsci (1978, apud ABREU, 2004, p.45) de que “toda relação de hegemonia é eminentemente pedagógica”, donde supõe a associação das relações pedagógicas à luta pela hegemonia como um componente relevante no processo de formação da cultura.

Isto é, as relações pedagógicas fazem parte do nexo orgânico entre a racionalização da produção e do trabalho e a organização da cultura, mediante o qual são articulados os interesses econômicos, políticos e ideológicos, plasmando subjetividades e normas de condutas individual e coletiva, elementos moleculares de uma cultura (ABREU, 2004, p.45).

Neste sentido, de acordo com a analista em foco, o Serviço Social se inscreve nos processos de organização/reorganização da cultura e se configura enquanto uma profissão de cunho educativo, estando o exercício profissional implicado com o processo de construção da hegemonia ou de uma contra-hegemonia.

É importante lembrar que a função pedagógica do Serviço Social tradicionalmente esteve associada a propostas subalternizantes, aglutinadas em torno de vertentes que Abreu (2004) denomina de pedagogia da “ajuda” ou da “participação”¹⁰⁵. Contudo, a partir da

¹⁰⁵ Segundo Abreu (2004, p.52), a pedagogia da “ajuda” e da “participação” estão relacionadas à ideologização da assistência como “assistência educativa”, com propensão à fetichização dessa forma de intervenção. “Tais estratégias pedagógicas tendem a dissimular as formas de reprodução do trabalhador nos limites precários da política social, portanto deslocadas das relações salariais, limites esses impostos pelas necessidades de reprodução do capital e do seu controle sobre o trabalho, e, conseqüentemente, da manutenção deste mesmo trabalhador e sua família em permanente estado de necessidade em relação aos meios de subsistência física. Estas propostas pedagógicas consubstanciam-se numa visão psicologista da questão social como questão moral, reforçam no

tessitura do PEP, a profissão vem buscando contribuir para a construção de uma pedagogia emancipatória pelas classes populares¹⁰⁶, para usar a expressão da autora mencionada.

Tais propostas traduzem modalidades de assimilação/recriação pela profissão das referências educativas presentes no movimento político-cultural da luta pela hegemonia, bem como revelam formas de inserção dos assistentes sociais em processos diferenciados de organização da cultura, que são também indicativas da própria cultura profissional. Demarcam perfis pedagógicos da prática profissional que não constituem, portanto, exclusividades do Serviço Social e nem recortes que se sucedem na história da profissão (ABREU, 2004, p. 46).

É válido mencionar que, apesar de oficialmente regulamentada como profissão liberal, a inserção do(a) assistente social no mercado predominantemente ocorre através do assalariamento. Dessa maneira, seu trabalho possui valor de uso e valor de troca, estando inserido, portanto, nos dilemas da alienação e determinações sociais que marcam a coletividade dos trabalhadores, e inscrito nas tensões entre o direcionamento que se deseja imprimir ao trabalho concreto e os constrangimentos do assalariamento (IAMAMOTO, 2009).

Não obstante, conforme assinala a analista citada (2007a), a possibilidade de imprimir direção social ao trabalho profissional é decorrente da relativa autonomia que o(a) assistente social possui (respaldada pela legislação profissional), cuja concretização depende da correlação de forças econômicas, políticas e culturais, dos diferenciados espaços ocupacionais, envolvendo relações com os sujeitos sociais, contribuindo seja para uma pedagogia tradicional, seja para uma pedagogia emancipatória pelas classes subalternas (ABREU, 2004). Nesse sentido, “as

âmbito da reprodução a mediação individual nas respostas oficiais de enfrentamento da questão social, contribuindo para a fragmentação e dispersão das lutas sociais do trabalhador”.

¹⁰⁶ A autora citada afirma que a pedagogia emancipatória pelas classes subalternas possui a participação como um eixo central da luta por uma nova hegemonia, “(...) que se traduz, principalmente, em dois processos complementares: a politização das relações sociais e a intervenção crítica e consciente na sociedade, processos que constituem a referência material das relações pedagógicas na perspectiva da formação de uma nova superior cultura” (ABREU, 2004, p. 55). É importante destacar que, de acordo com analista em tela, o compromisso profissional com as lutas das classes subalternas agrega duas direções, que nem sempre se excluem: “(...) uma que limita os compromissos profissionais com as lutas das classes subalternas pela defesa dos direitos civis, sociais e políticos, da democracia e justiça social, portanto no horizonte das conquistas que consubstanciaram a experiência do chamado Estado de bem-estar, horizonte este que se colocou tardiamente nas lutas sociais dessas classes, cuja culminância é a inserção de suas demandas na Constituição Federal como direitos; horizonte este tido muitas vezes como o fim último da intervenção profissional. A outra direção enfatiza o compromisso profissional com as lutas sociais da classe trabalhadora, que apontam para a superação da ordem burguesa e a construção de uma nova sociedade – a socialista -, a qual incorpora a luta por direitos como uma mediação no processo mais amplo da luta emancipatória da sociedade capitalista” (ABREU, 2004, p. 57).

necessidades e aspirações dos segmentos subalternos, a quem o trabalho do assistente social se dirige predominantemente, podem potencializar e legitimar os rumos impressos ao mesmo, na contramão das definições ‘oficiais’” (IAMAMOTO, 2009, p.353).

Cumprir lembrar que o(a) assistente social geralmente não efetua sua atuação de maneira insulada, mas como parte de um trabalhador coletivo, já que, de acordo com Iamamoto (2007a), se insere entre as especializadas acionadas de forma conjunta para realizar os objetivos das instituições empregadoras, cuja resultante é um trabalho coletivo ou cooperado (IAMAMOTO, 2009).

Nesse contexto, os espaços institucionais nos quais os profissionais estão inseridos são refratados por distintos e antagônicos interesses, que envolvem os conflitos entre as classes fundamentais e as relações destas com o Estado.

Esses distintos espaços são dotados de racionalidades e funções distintas na divisão social e técnica do trabalho, porquanto implicam relações sociais de natureza particular, capitaneadas por diferentes sujeitos sociais, que figuram como empregadores (o empresariado, o Estado, associações da sociedade civil e, especificamente, os trabalhadores). Elas condicionam o caráter do trabalho realizado (voltado ou não à lucratividade do capital), suas possibilidades e limites, assim como o significado social e efeitos na sociedade (IAMAMOTO, 2009, p.19).

Vale registrar que, embora não tenha surgido como um ramo do saber no quadro da divisão do trabalho entre as ciências (IAMAMOTO, 1992), com o processo de amadurecimento teórico e político vivenciado nos últimos decênios a partir da tessitura do PEP, o Serviço Social deixou de se constituir em um “mero desaguadouro” das reflexões tecidas pelos cientistas sociais, para usar a terminologia de Netto (2001), e passou a produzir conhecimentos teóricos, o que resultou numa nova relação dos assistentes sociais com as ciências humanas e sociais.

Sposati (2007) mostra que, atualmente, é consensual a compreensão de que, no Brasil, o Serviço Social **produz conhecimentos** que ultrapassam as respostas práticas a diversas questões. Assim, como mostram Mota (2009b) e Netto (2006), o Serviço Social brasileiro, nos últimos anos, se constituiu enquanto uma área de produção de conhecimentos¹⁰⁷, apoiada por

¹⁰⁷ Nesta perspectiva, Mota (2009b) argumenta que, enquanto profissão, o Serviço Social brasileiro tem produzido conhecimentos a partir da prática e em relação mais direta com ela; já enquanto área de produção de conhecimento, sua existência tem relação com a conformação da pós-graduação na área, cuja produção teórica

agências públicas de fomento à pesquisa, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

É importante demarcar também que, nas últimas décadas, assistentes sociais tem se inserido em espaços que extrapolam a execução terminal de políticas sociais, como o campo da gestão, formulação e assessoria das referidas políticas, especialmente a partir dos processos de descentralização e municipalização resultantes da nova lógica federativa decorrente da Constituição Federal de 1988.

Vale considerar que o terreno sócio institucional no qual se processa o trabalho do assistente social envolve instituições estatais (abrangendo as esferas executivas, legislativas e judiciárias), empresas privadas, organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, e assessoria a organizações e movimentos sociais, conforme a analista referida. Tais instituições podem estar envolvidas com as mais diversas políticas setoriais, como educação, assistência social, previdência social, saúde, entre outras. Neste sentido, evidentemente, as competências e atribuições profissionais em cada espaço ocupacional possuem particularidades, apesar de possuírem traços semelhantes. Neste sentido,

(...) os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem possuem especificidades e diferenciam-se de instituição para instituição, razões que demandam dos profissionais apreender as suas particularidades, principalmente tendo como referência as relações estabelecidas no mundo do trabalho (NICOLAU, 2001), que “em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” (IAMAMOTO, 2001, p. 106) (CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p.27).

Em relação ao exercício profissional desenvolvido pelas/os assistentes sociais, compreendemos, com Soares (2010a), que sua configuração está relacionada às demandas institucionais, às demandas dos usuários dos serviços, assim como à relativa autonomia

nem sempre tem relação direta com o exercício profissional, embora se debruce sobre questões fundamentais para entender a realidade social. Sendo assim, prossegue a analista, embora esse tipo de conhecimento, através de uma série de mediações, possa ter implicações na atuação do(a) assistente social, ele não se limita à intervenção ou à obrigação de se constituir em conhecimento “aplicável”. Nesse sentido, a produção teórica do Serviço Social no país, hoje, não diz respeito diretamente apenas ao “fazer” profissional, mas abrange os elementos implicados no mesmo, como as relações sociais, a questão social, as políticas sociais, entre outros.

profissional, assim como, acrescentamos, é norteado pelos projetos profissionais¹⁰⁸ e societários abraçado pelas/os profissionais.

Atualmente se concebe que o trabalho do(a) assistente social, embora possua um perfil interventivo, não é meramente técnico, mas sim composto de uma unidade indissociável entre as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, ou seja, é formada pelo “nó”, pela unidade (consciente ou não para o(a) assistente social) entre estas diferentes dimensões.

Assim, enquanto a dimensão política da prática encontra-se imbricada nos objetivos e finalidades das ações, principalmente nas possibilidades de interferir nas relações e situações geradoras das desigualdades e nos mecanismos institucionais para elas voltados; a dimensão ética reclama por princípios e valores humanos, políticos e civilizatórios; e a dimensão técnico-operativa¹⁰⁹ consiste na capacidade de articular objetivamente os meios disponíveis e os instrumentos de trabalho para materializar os objetivos com base nos valores (MOTA, 2003, p.11).

Em outros termos, as ações profissionais se constituem nos “(...) fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos em ato” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.234).

Destarte, o perfil do(a) assistente social já não seria (conforme os projetos conservadores que marcaram a história da profissão) um(a) técnico(a) treinado(a) para intervir com eficácia, mas “um **intelectual** que, habilitado para operar numa área particular, compreende o sentido social da operação e a significância da área no conjunto da problemática social” (NETTO, 1996, p.126 – grifo original).

Nesta concepção, a pesquisa é tida como um dos elementos constitutivos do trabalho profissional, percebida como indispensável no desenvolvimento das competências e atribuições profissionais. Em outras palavras, “na relação dialética entre investigar e intervir, desvelando as

¹⁰⁸ Quanto a estes, Netto (2006, p.98) afirma que refletem “a imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas e etc.”. Como afirma Montañó (2006), um projeto profissional não é algo isolado, mas necessariamente inspirado e articulado com projetos societários, numa clara dimensão política, que possui conexões com a busca e a manutenção da hegemonia, processo sobre o qual dissertamos no capítulo precedente.

¹⁰⁹ É importante mencionar, conforme discorre Santos (2006), que a dimensão técnico-operativa resulta das outras duas: ao se definir os meios para se alcançar a finalidade posta, é fundamental que se tenha clareza do pôr teleológico, dos valores que o impregnam e daqueles que norteiam a direção teórica adotada. Assim, a dimensão técnico-operativa não pode ser tratada de maneira descolada das dimensões teórico-metodológica, ético-política e investigativa e a escolha do “como fazer” deve ser realizada a partir das demandas postas ao Serviço Social; do resultado da análise da realidade; da intencionalidade do profissional e da direção social impressas pelos sujeitos profissionais (SANTOS, 2006).

possibilidades de ação contidas na realidade, os conhecimentos teórico-metodológicos, os saberes interventivos e procedimentais¹¹⁰ (...) constituem-se componentes fundamentais” (GUERRA, 2009, p.701) para o exercício profissional do(a) assistente social.

Como nosso interesse é o Serviço Social no campo da saúde, é nesse universo que adentraremos nesse momento, tratando inicialmente acerca das profissões sanitárias.

3.3 AS PROFISSÕES DE SAÚDE

No campo da saúde, o processo de reconhecimento das profissões¹¹¹ está associado à divisão social e técnica do trabalho na área – associada às respostas às necessidades sociais, como discorreremos - e ao modelo de atenção à saúde predominante, tendo por base a compreensão sobre a saúde e as necessidades sanitárias, bem como às formas de responder a elas.

Antes de darmos algumas breves indicações sobre o trabalho em saúde, explicitaremos nosso entendimento a respeito das necessidades de saúde.

Com base nas reflexões tecidas em capítulo anterior, consideramos que a definição das necessidades¹¹² de saúde possui íntima relação com as determinações contraditórias e simultâneas decorrentes da relação dialética entre as necessidades do capital e as do trabalho, que, passando por uma série de mediações (TEIXEIRA, 1989), incidem e conformam o campo das políticas sociais, no caso, a política de saúde.

Vale indicar que, no campo institucional¹¹³, as necessidades sociais assumem a roupagem de **demandas**, conceituadas por Mota e Amaral (1995), como “requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos

¹¹⁰ Santos (2006) denomina de **conhecimentos procedimentais** aqueles que vão além do conhecimento teórico ou do conhecimento sobre a realidade na qual se vai intervir, sendo relativos à dimensão técnico-operativa.

¹¹¹ Ultrapassa os objetivos de nosso trabalho empreender uma incursão no processo de surgimento e regulamentação das distintas profissões de saúde. Algumas indicações estão presentes em Spink (1985) e Cavalcanti (2007).

¹¹² Sobre o interessante e complexo debate a respeito das necessidades, ver Heller (1986).

¹¹³ Aqui cabe lembrar que o trabalho em saúde, na atualidade, geralmente não ocorre de maneira insulada, mas como parte de um trabalhador coletivo. Além disso, comumente é um trabalho **institucionalizado** (MERHY, 2002).

demandantes”. Conforme discorre Silva¹¹⁴ (1995), os demandatários e demandas não são únicas nem homogêneas, mas contraditórias, procedendo tanto da classe dominante, dos setores populares organizados ou não organizados; apresentando-se de forma direta aos profissionais ou através do Estado, via os aparatos institucionais.

Nesse sentido, as demandas em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.223), processo no qual distintos sujeitos “(...) tensionam e disputam em torno do entrelaçamento de necessidades e poderes” (PINHEIRO, MATTOS, 2010, p.1).

Laurel (1982) alerta que, historicamente, as necessidades das classes dominantes se evidenciam como se fossem necessidades da sociedade em geral e acabam por condicionar uma ou outra concepção de saúde e doença, num processo que possui relação com processos de busca da hegemonia.

Cumprir destacar que, conforme discutimos em momento precedente, a indissolúvel relação entre saúde e condições de vida se revela em várias necessidades de saúde, enquanto expressões das múltiplas manifestações da questão social (COSTA, 2010).

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira, inserindo-se no quadro geral das lutas de classes no Brasil, coloca a premência de apreensão e resposta às necessidades das classes populares, passando, sobretudo, pelo enfrentamento da determinação social da saúde. Reivindica, dessa forma, o atendimento às necessidades das classes subalternas, concomitantemente ferindo as “necessidades” das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde (GALLO; NASCIMENTO, 1989).

Cecílio (2006), ao abordar as necessidades de saúde, usa a alegoria de que o usuário chega aos serviços de saúde com uma “cesta de necessidades de saúde”¹¹⁵ e à equipe cabe

¹¹⁴ Silva (1995) se refere especificamente ao Serviço Social, mas consideramos que sua afirmação pode ser estendida ao conjunto das profissões de saúde.

¹¹⁵ Cecílio (2006, p.118) elabora uma taxonomia das necessidades de saúde, organizadas em quatro grandes conjuntos: o primeiro diz respeito a se ter boas condições de vida: “(...) a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde”. O segundo trata da necessidade de acesso e consumo de toda tecnologia que possa melhorar e prolongar a vida. O terceiro conjunto de necessidades abrange a criação de vínculos entre usuários e equipes/profissionais: “(...) o vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2006, p.119). O quarto conjunto contempla “(...) a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A reconceitualização dessa necessidade é que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa

realizar a melhor escuta possível para perceber as necessidades de saúde que estão travestidas em determinada demanda específica (pedido explícito). Costa (2010) acrescenta que, mais que ouvidas, as demandas precisam ser problematizadas, visando apreender as reais necessidades as quais se vinculam.

Cecílio (2006) refere que, embora determinadas e construídas social e historicamente, as reais necessidades de saúde só podem ser captadas em sua dimensão individual, exprimindo uma relação dialética entre o individual e o social.

O citado analista alerta que a oferta dos serviços de saúde termina por modelar as necessidades dos usuários¹¹⁶, que podem demandar consulta médica, remédios, exames (tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde), todavia as necessidades podem ser outras.

Acrescentamos que esse processo muitas vezes reproduz a lógica biomédica, que não está circunscrita apenas aos serviços de saúde e, enquanto parte do processo de busca da hegemonia por parte das classes dominantes (que possuem fortes interesses relacionados ao setor sanitário), atravessa a sociedade.

Guerra (2005) lembra que, em nossa sociedade, em virtude dos processos ideológicos, as demandas das classes populares – que aparecem nos serviços de saúde sob a aparência de individual, contudo, geralmente, expressam necessidades coletivas. Estas, distante de serem percebidas em seu caráter de classe, são reportadas ao mercado e/ou colocadas como

ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível” (CECÍLIO, 2006, p.119).

¹¹⁶ Mattos (2010) aponta a diferenciação entre necessidades de saúde que envolvem as boas condições de vida das necessidade de acesso e de consumo a determinadas tecnologias que supostamente seriam capazes de melhorar ou prolongar a vida, não raramente associadas aos interesses da indústria de insumos e medicamentos. O autor defende a proposta da integralidade como estruturante das mudanças das práticas, o que “(...) envolve o esforço de compreensão do sofrimento (vivido ou antecipado) causado pela doença no modo de andar a vida de cada sujeito, assim como envolve o esforço de compreensão do significado que nossas propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias de prevenção de problemas de saúde adquirem no mesmo contexto. A conduta proposta não deve decorrer automaticamente de protocolos, nem das revisões sistemáticas, nem tampouco da unilateralidade da experiência do profissional. Ela deve emergir do diálogo entre os balizamentos técnicos e a compreensão dos modos de andar a vida – estes apreendidos tanto na sua dimensão coletiva (o modo de andar a vida em um grupo social) como em sua dimensão singular. [...] Note-se que, ao contrário do que certo senso comum insinua, o desenvolvimento da integralidade nas práticas ligadas à racionalidade biomédica não implica o abandono ou a atenuação do uso dos conhecimentos científicos sobre as doenças, e sobre as formas de preveni-la, curá-la ou controlá-la. Ao contrário, implica um uso mais intenso desse conhecimento sobre a doença, desde que o fazendo interagir com os outros conhecimentos acerca das formas de andar a vida. E fazendo-o interagir com a voz dos outros (membros da equipe e usuários)” (MATTOS, 2010, p. 46).

responsabilidade individual, sob o manto do conservantismo e do reformismo integrador. Nessa perspectiva, ocorre a

fragmentação dos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais; a abstração dos conteúdos político-revolucionários que a questão social porta e sua formalização em problemáticas particulares; o desencadeamento de processos de racionalização: redução dos custos e do orçamento com os programas sociais (GUERRA, 2005, p. 20).

Daí a necessidade dos profissionais sanitários se apropriarem de um arsenal heurístico que lhes permita apreender as necessidades sociais que estão subjacentes às demandas que chegam a seu cotidiano de trabalho, atentando para as reais necessidades que as motivam.

É importante situar que os espaços institucionais nos quais os profissionais de saúde comumente estão inseridos são refratados por esses distintos e antagônicos interesses, acima indicados. São as instituições empregadoras que, em geral, definem as necessidades sociais a que a atuação profissional deve responder; demarcam a matéria na qual acontece esse trabalho; geram as condições nas quais ocorrem os atendimentos, bem como suas repercussões na reprodução das relações sociais; colocam exigências trabalhistas e ocupacionais e fazem a mediação entre as relações com o trabalho coletivo viabilizado por elas (IAMAMOTO; 2007b, 2009). Não obstante, é importante lembrar, como adverte Feuerwerker (2006, p.1), que

o trabalho em saúde tem características particulares pelo fato sua produção se dar, sempre, por meio do encontro entre duas pessoas, por mais institucionalizadas que estejam as práticas de saúde. (...) É no encontro das subjetividades que se materializa o espaço de liberdade e autonomia que os profissionais de saúde detêm na produção de seu trabalho. É nesse espaço de liberdade, de trabalho vivo, em que é possível um certo grau de invenção, que os trabalhadores colocam em operação suas concepções sobre saúde, cuidado etc. Claro que as diferentes modalidades de organização do trabalho em saúde restringem mais ou menos esse espaço de liberdade, mas ele não é jamais totalmente suprimido.

Assim, é nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa o que se denomina de protagonismo profissional.

Com a edificação do modelo biomédico (envolta em uma série de interesses políticos e econômicos, como discorremos em capítulo precedente), as necessidades de saúde são tratadas de forma individualizada, biologizadas; o foco dos serviços de saúde é a cura, a produção de procedimento; o máximo que se busca é a prevenção da saúde, enquanto que a PS fica

secundarizada.

Sob tal ideário, o trabalho em saúde¹¹⁷ paulatinamente migra de uma prática médica¹¹⁸ liberal para um processo coletivo de trabalho¹¹⁹, organizado prioritariamente em hospitais. A formatação desse tipo de trabalho resulta em novos arranjos na divisão social e técnica do trabalho, redefinindo tanto o papel da medicina quanto de várias outras profissões que atuam no âmbito da saúde.

Costa (1998) indica que, sob a direcionalidade técnica do(a) médico e a incorporação da lógica da gerência científica, ocorre a padronização das rotinas e procedimentos, reproduzindo nos serviços de saúde, em certa medida, a organização taylorista da indústria, seja nos hospitais¹²⁰, seja na própria medicina comunitária. Assim, continua a autora, os serviços e as profissões de saúde sofrem um processo de fragmentação e especialização, numa lógica concatenada ao ideário biomédico.

Nesta perspectiva, as/os médicas/os assumem um papel central e os demais profissionais tem sua atuação a eles subordinados, sendo considerados, em geral, como

¹¹⁷Tematizar aqui a questão do trabalho em saúde, caracterizado por estar inserido no setor de serviços, embora pertinente, remeter-nos-ia a um excuro. Cumpre apenas mencionar que tal discussão precisa considerar a “(...) flexibilização do mercado e estruturas do mundo do trabalho, questões organizacionais, relações interindividuais e intersubjetivas nas ações do trabalho, regulação da força de trabalho e regulação do Estado nas políticas sociais, gestão dos recursos humanos, democratização das estruturas institucionais, ética e técnica no desenvolvimento das ações, e análise dos trabalhadores enquanto sujeitos e cidadãos no trabalho, seus interesses coletivos, sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições das políticas de saúde” (SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011). Para um aprofundamento desta temática, indicamos as lúcidas reflexões de Costa (1998; 2000).

¹¹⁸ "Quando se fala em divisão do trabalho na saúde, a principal referência é a divisão do trabalho médico, uma vez que é a fundadora da técnica científica moderna na saúde, e o núcleo do qual os outros trabalhadores derivam" (CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p.31).

¹¹⁹ Um dos marcos principais do trabalho coletivo em saúde, segundo Costa (2000, p.38), é a cooperação, entendida como “(...) o conjunto das operações coletivas de trabalho que garantem uma determinada lógica de organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde. O processo de cooperação envolve atividades especializadas, saberes e habilidades que mobilizam, articulam, põem em movimento, unidades de serviços, tecnológicas, equipamentos e procedimentos operacionais”. Os processos de cooperação se dão em dois níveis: “(...) a **cooperação vertical** – diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia – e a **cooperação horizontal** – diversas subunidades que participam do cuidado em saúde” (COSTA, 2000, p.38 – grifos originais). Esta autora, citando Nogueira (1991) afirma que a natureza e a abrangência da cooperação são decisivas para a configuração do mercado de trabalho em saúde.

¹²⁰ Esse processo estaria associado à racionalização capitalista dos serviços, cuja forma mais espetacular seria justamente aquela situada na área da saúde, como mostra Lojicine (1995, apud COSTA, 1998), através da incorporação da lógica da rentabilidade industrial nos serviços de saúde, na utilização de tecnologias informacionais, a parcelarização e burocratização do trabalho médico. “De acordo com esse autor [LOJIKINE, 1995], neste processo de racionalização, a técnica aparece como um ponto de culminação e não como um ponto de partida nas mudanças ocorridas na divisão do trabalho” (COSTA, 1998, p.49).

paramédicos ou profissionais “não-médicos”.

Bravo e Matos (2006) colocam que o conceito de saúde elaborado em 1948 pela OMS, que aponta os aspectos biopsicossociais como componentes da saúde, requisitou outras/os profissionais para atuarem na área, entre os quais as/os assistentes sociais.

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculados ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO; MATOS, 2006, p.199) .

Esse conceito de saúde da OMS, aliado ao agudizamento da divisão do trabalho em saúde, bem como às lutas pelo direito à saúde, fizeram tomar corpo a ideia da importância das várias áreas de atuação profissional na saúde.

No processo de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, na década de 1970, conforme indicamos em momento precedente, a Reforma Sanitária Brasileira reivindica a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde, o que se coloca como tarefa imprescindível para responder às necessidades de saúde da população.

Neste contexto, Schraiber e Peduzzi (1999) afirmam que o trabalho em equipe é considerado como uma das estratégias para fazer frente à ultraespecialização (caracterizada pela execução isolada e individual das ações), visando recompor

(...) em uma **assistência integral** ações parciais e nem sempre resolutivas das necessidades de saúde em seu todo, reconhecendo-se, assim, que a fragmentação da assistência gera muitas distorções no consumo dos serviços, repercute em seus custos e na qualidade do trabalho produzido (SCHRAIBER; PEDUZZI, 1999, p.1 – grifos originais).

Nesse quadro, ganha força a compreensão de que o SUS requisita, de acordo com Correia (2005b), um trabalho multiprofissional em saúde. Desse modo, em 1997, o Conselho Nacional de Saúde, pautando-se na concepção ampliada de saúde, nos princípios da **integralidade** e da **participação social** e no “reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção” (CNS, 1998, p.1), publica a Resolução

218/1997, depois retificada na Resolução 287/1998¹²¹. Tal documento reconhece quatorze (14) profissionais como de saúde¹²²:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogas/os;
3. Biomédicas/os;
4. Enfermeiras/os;
5. Educadores(as) Físicas/os;
6. Farmacêuticas/os;
7. Fisioterapeutas;
8. Fonoaudiólogas/os;
9. Médicas/os;
10. Médicas/os Veterinárias/os;
11. Nutricionistas;
12. Odontólogas/os;
13. Psicólogas/os;
14. Terapeutas Ocupacionais.

É indiscutível a relevância política do referido documento, especialmente para as profissões que não se inserem apenas nos serviços de saúde, como assistentes sociais, biólogos, biomédicos e veterinários. Contudo, são necessárias duas observações. A primeira é que, como lembram Carvalho e Ceccim ([s.d.]), não existe uma única relação acerca de quais são as profissões de saúde¹²³. A segunda é que, apesar da ampla divulgação da citada Resolução,

¹²¹ Elas possuem praticamente o mesmo teor, acrescentando apenas os profissionais de biomedicina no segundo documento.

¹²² Vale registrar que, em texto sobre a regulamentação das profissões de saúde escrito anteriormente à criação do SUS, Spink (1985) cita uma lista de profissões reconhecidas como sanitárias no Brasil bastante semelhante a do CNS: as distinções se referem à inclusão de Química e à inexistência de referência à Educação Física.

¹²³ Carvalho e Ceccim ([s.d.]) indicam, por exemplo, que, na área da educação superior, para definição das citadas profissões, é usada a Tabela de Áreas do Conhecimento da CAPES, assim agrupadas:

1. **Grande Área Ciências da Saúde:** abrange as Áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional;
2. **Grande Área Ciências Biológicas:** a Área de Biologia Geral;
3. **Grande Área Ciências Humanas:** a Área de Psicologia;
4. **Grande Área de Ciências Agrárias:** as Áreas de Agronomia e Medicina Veterinária;
5. **Grande Área Ciências Sociais Aplicadas:** as Áreas Economia Doméstica e Serviço Social;
6. **Outros:** as Especialidades de Administração Hospitalar e Biomedicina.

Nesta lista notamos a inclusão de profissões que não constam na Resolução do CNS (Agronomia, Economia Doméstica, Administração Hospitalar). Verificamos que também aí se encontra o Serviço Social. Os autores citam ainda que “o CNE [Conselho Nacional de Educação] estabeleceu o agrupamento Ciências Biológicas e Saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem,

pouco é conhecido o principal objetivo do documento: definir as profissões de saúde para participarem do debate sobre a política nacional de saúde¹²⁴ (CARVALHO, CECCIM, [s.d.]). Neste sentido, o próprio texto alerta que, em relação às últimas profissões citadas, há que se atentar aos dispositivos legais e aos Conselhos de Classe da categoria.

Ao seguir a Resolução do CNS de caracterizar as profissões de saúde, bem como de delegar aos Conselhos de Classe tal qualificação, o CFESS publica a Resolução nº 383/99 (sobre a qual trataremos adiante), que reconhece o assistente social como profissional de saúde.

Neste momento, realizaremos uma breve incursão na trajetória da inclusão do(a) assistente social no campo da saúde.

3.4 O SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: SOBREVOO HISTÓRICO

Frente às características do modelo biomédico, tendo como centro da preocupação a doença e a produção de procedimentos, com o trabalho sanitário fragmentado, isolado – embora o “social” não pudesse ser desconsiderado no processo saúde-doença, ele é meramente referenciado no discurso biomédico (como apontamos em capítulo anterior). Não obstante, uma série de demandas dos serviços de saúde faz com que o(a) assistente social seja requisitado para atuar junto a tais instituições. Vejamos.

Costa (1998) mostra que, no processo de consolidação do modelo biomédico, ao profissional de medicina é demandada a priorização da produção de procedimentos, passando

Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional” (CARVALHO, CECCIM, [s.d.], p.16).

¹²⁴ Não podemos deixar de mencionar os questionamentos de Machado (2009) a respeito do reconhecimento das profissões de saúde pelo CNS. Na avaliação da autora (que é referência na discussão da sociologia das profissões e, na época da publicação do texto, também conselheira nacional de saúde), “(...) disputas jurisdicionais e disputas de poder no interior das corporações estão se valendo do conceito ampliado de saúde para, em nome dele e a favor dele, desconsiderarem de fato o que é saúde, quem são os profissionais de saúde, quem são essenciais, quem são imprescindíveis, quem são estruturantes dos serviços de saúde. (...) Na saúde é possível pensar um Conselho de Saúde sem médicos e enfermeiros! Na saúde, o ‘conceito ampliado’ tomou conta do debate, sequestrando as profissões essenciais e fundantes da saúde - enfermeiros e médicos - em nome da democracia entre pares” (MACHADO, 2009, não paginado). Ainda que consideremos pertinentes alguns de seus argumentos em relação ao conceito ampliado de saúde, criticamos sua compreensão de que o reconhecimento, pelo CNS, de profissões que ultrapassam a assistência direta à saúde (e historicamente, estão atuando nos serviços de saúde) signifique confiscar a importância de profissões fundamentais para a assistência à saúde. Ao contrário, evidencia o entendimento de que outras profissões também são importantes para a atenção à saúde quando se adota um referencial que considere a saúde para além da ausência de doenças, da assistência médica.

a ter menos tempo seja para conhecer o perfil de seu usuário, seja para explicar o diagnóstico e o tratamento. Assim, estas atividades começam a ser atribuídas a outros profissionais, entre eles os assistentes sociais (COSTA, 1998). A autora situa que,

No plano das ações coletivas, estes procedimentos individualizados passaram a ser objeto dos programas de educação em saúde, constituindo, em parte, as principais razões para a ampliação das equipes de saúde, e sobretudo para a massiva inserção do trabalho do assistente social nessas equipes (COSTA, 1998, p.59).

Além disso, diante do reconhecimento de que o resultado do trabalho em saúde depende também de transformações comportamentais (do indivíduo ou da coletividade), como indica Costa (1998), a educação em saúde (ES) passa a assumir um importante papel nos serviços sanitários. Nessa concepção, segundo a autora, a ES teria como objetivos orientar e esclarecer à população sobre comportamentos preconceituosos em relação a determinadas doenças, para que não dificultem diagnósticos precoces; buscando também incentivar a não discriminação da família e comunidade em relação ao usuário acometido de tais enfermidades. Deste modo, as autoridades sanitárias passam a reconhecer que

as atitudes face à doença tem forte caráter de classe nas sociedades capitalistas, nas quais as desigualdades sociais e as diferenças de nível de instrução, reais ou imaginárias, limitam consideravelmente a difusão do saber médico e, portanto, a aptidão das classes subalternizadas de verbalizar as sensações corporais, biológicas ou os sintomas das doenças (SINGER, 1981, apud COSTA, 1998, p.60).

Segundo a autora mencionada, esse é outro vetor de inserção de assistentes sociais nas equipes de saúde: assumir a tarefa de “atuar como elemento articulador e coordenador do processo educativo, através da extensão/divulgação das ações junto à comunidade” (COSTA, 1998, p.61).

Neste sentido, a atuação profissional vai se voltar para uma intervenção normativa junto ao modo de vida dos usuários, relacionada aos hábitos de higiene e de saúde¹²⁵ (BRAVO;

¹²⁵ Vale destacar que a relevância da saúde perpassa a própria conformação do Serviço Social como profissão: de acordo com Vasconcelos (2000a), a vertente da “higiene mental” marcadamente está presente nas maiores influências teóricas e doutrinárias da profissão no Brasil: as bases católicas e doutrinárias do Serviço Social belga e francês (inspirações da gênese da profissão no Brasil) e as próprias bases da sistematização e profissionalização do Serviço Social norte-americano (que vão ter fortes reverberações em nosso país, especialmente a partir dos anos 1940). Martinelli (1989) cita a influência dos ensinamentos de Florencia Nightingale, fundamental para a história da Enfermagem, nas ideias de Mary Richmond, pioneira do Serviço Social. Além disso, podemos

MATOS, 2006). Para Costa (1998), “isso revela que o profissional de serviço social participa de um projeto pedagógico de socialização, conformadora de um trabalho ideológico que ocupa um papel fundamental nas relações entre instituição, usuário e família” (COSTA, 1998, p.61). Nesta perspectiva, o exercício profissional colabora para a consolidação do projeto societário hegemônico, bem como, no âmbito dos serviços de saúde, do modelo biomédico, processos sobre os quais discorreremos em capítulo antecedente.

É importante situar que o principal motivo para a expansão da absorção de assistentes sociais nos serviços de saúde se refere à necessidade de atuação junto à principal contradição do sistema, “(...) qual seja, o confronto expresso pela necessidade de inter-relação entre quem produz e quem consome os serviços de saúde, com o conteúdo e a forma de organização desses serviços (...)” (COSTA, 1998, p.61). Nesta perspectiva, o assistente social passa a atuar em tais **contradições**, ou seja, nos “problemas sociais” que emergem nas unidades de saúde, com o objetivo de amenizar conflitos, assim como de dar respostas aos usuários, finalidades também relacionadas à busca da hegemonia.

Conforme indicamos anteriormente, até a criação do SUS o sistema de saúde era cindido entre a “saúde pública” (modelo sanitarista) e a medicina previdenciária. É curioso observar, que no primeiro campo, no entanto, praticamente não havia inserção de assistentes sociais (BRAVO, 2006; SOARES, 2010a). Já na medicina previdenciária, a inserção desse profissional ocorreu largamente em hospitais e ambulatórios¹²⁶, configurando a área da saúde

subentender, a partir das indicações de Vasconcelos (2000a), que o movimento de Higiene Mental vai estar presente na configuração do próprio mercado de trabalho do(a) assistente social, através de diversas iniciativas do Estado (via determinadas políticas sociais), como nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ), um dos primeiros espaços ocupacionais do Serviço Social, criados sob forte influência daquela perspectiva sanitária. Desse modo, “(...) a presença direta do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil, e principalmente no Rio de Janeiro, se inicia sob inspiração direta do modelo das ‘Child Guidance Clinics’ proposto pelos higienistas americanos e brasileiros, como estratégia de diagnóstico e tratamento de ‘crianças-problema’ e implementação da educação higiênica nas escolas e na família, sobretudo através dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Juvenil (COJ)” (VASCONCELOS, 2000b, p.183). Além disso, a emergência das escolas de Serviço Social também vai sofrer influência da perspectiva da Higiene, segundo Vasconcelos (2000a): seus currículos vão possuir um forte conjunto de disciplinas voltadas para a Higiene, algumas das quais se mantiveram em diversos cursos até a década de 1970. A título de exemplo, podemos citar algumas disciplinas do primeiro curso de Serviço Social do Brasil, no Centro de Estudos e Ação Social (SP) (Higiene, Educação da criança de 2 a 7 anos, enfermagem, higiene Pré-natal, puericultura, higiene mental e noções de psiquiatria, higiene do trabalho, etc.); do curso de Serviço Social da Escola de Enfermagem Ana Nery (1940, RJ) (Anatomia e fisiologia, higiene, higiene mental, patologia geral, puericultura, microbiologia, puericultura, higiene menta, etc.) (VASCONCELOS, 2000a); do curso da UEPB (1957, PB) (Higiene e Medicina Social).

¹²⁶ A inserção de assistentes sociais junto na área da saúde vai ocorrer desde o surgimento da profissão, já na configuração do embrião da proteção social, junto aos Institutos e Caixas de Pensões e Aposentadorias (IAPs)

como o maior espaço ocupacional das/os assistentes sociais, em termos quantitativos, ao longo da história da profissão, situação que, segundo a última autora, permanece coetaneamente.

Ao tentar explicar esse quadro, Bravo (2006) elabora algumas suposições. Uma delas é que, como a assistência à saúde não era universal, acarretava contradições entre a demanda por acesso aos serviços e seu caráter excludente e seletivo. Neste cenário, os assistentes sociais eram chamados a lidar “(...) com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo” (BRAVO, 2006, p.200), atuando nos hospitais, “(...) colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios” (BRAVO, 2006, p.1999).

Outro argumento levantado pela autora é que, apesar da existência de Centros de Saúde no país desde os anos 1920, como estes contavam com médicas/os, enfermeiras/os e visitantes(as) sociais para desenvolverem suas atividades, a inclusão de assistentes sociais não ocorria provavelmente porque “(...) os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social” (BRAVO, 2006, p.200).

Esta autora mostra que a inclusão de assistentes sociais nesses espaços vai ocorrer apenas a partir de 1975, possivelmente face às iniciativas de expansão dos serviços de atenção primária. Na análise de Nogueira (2013), a ampliação da inserção de assistentes sociais na saúde a partir desse período resulta também da urbanização acelerada, que gerara uma nova conformação de demanda das classes populares pelos serviços sociais; da emergência do município como *locus* de prestação de serviços,

(...) iniciando-se o movimento de transferência de responsabilidades com o “social” para as prefeituras municipais, com a criação das secretarias municipais de saúde e promoção social/assistência social; [d]o início do debate sobre os direitos sociais, em face da ditadura vigente no Brasil e internacionalmente através do posicionamento de Jimmy Carter e seu discurso sobre direitos humanos” (NOGUEIRA, 2013, p.9).

(IAMAMOTO; CARVALHO, 1985), ainda que não se tenha conhecimento, segundo Mattos (2013), se era no setor especificamente da assistência à saúde. Em 1942, segundo estes autores, ocorre a inclusão de assistentes sociais no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A partir daí, assistentes sociais passam a ser inseridos(as) em outros hospitais (públicos e privados), em Policlínicas, em Serviços de Tuberculose. De acordo com Bravo (2006), a partir da expansão do mercado de trabalho na área, nos pós-1945, a inserção de assistentes sociais na saúde se amplia, tornando-se o setor que mais vem absorvendo os citados profissionais.

Bravo e Matos (2006) situam que as propostas que denominam de racionalizadoras – como a Medicina Preventiva e Comunitária – não lograram reverberações no trabalho de assistentes sociais. Bravo (2006) indica que, de um lado, esses profissionais estavam majoritariamente inseridos na medicina previdenciária; por outro, houve pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no Serviço Social na saúde, apesar de todo o processo de renovação¹²⁷ da profissão no país, posto que apenas as perspectivas conservadoras tiveram repercussão aí¹²⁸.

Destarte, durante o processo de modernização das políticas sociais, no bojo da autocracia burguesa, a atuação de tais profissionais no âmbito curativo vai se sedimentar.

¹²⁷ Netto (2001, p.131) conceitua esse processo como “(...) o conjunto de características novas que, no marco das condições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e da validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas”. Nesse sentido, tendo como pano de fundo as lutas anti-imperialistas empreendidas pelos movimentos sociais, bem como a divulgação da ideologia desenvolvimentista, ocorre o que autor chama de processo de “erosão do Serviço Social tradicional”, através do qual, pela primeira vez na história da profissão, erige-se embrionariamente um movimento de questionamento do conservadorismo. Sufocado pela autocracia burguesa, tal movimento crítico só vai readquirir forças em fins dos anos 1970. O autor mencionado considera que a renovação do Serviço Social configura-se em três perspectivas, que se propuseram, por caminhos bem diferenciados, a imprimir “nova” direção à profissão: a Perspectiva Modernizadora (tendo como principal preocupação a tecnificação da profissão, visando adequar o Serviço Social às exigências postas pela autocracia burguesa e buscando aporte teórico no estrutural-funcionalismo); a Perspectiva de Reatualização do Conservadorismo (objetivava recuperar o tradicionalismo que permeou a profissão e que, nesse momento, as vanguardas desejavam aniquilar, recorrendo a uma matriz teórica mais moderna, a fenomenologia); e a Perspectiva de Intenção de Ruptura (alimentado pela adoção da teoria social crítica). Netto (2006) e Reis (2001) colocam que esta última perspectiva, amadurecida e consolidada, vai desembocar no hoje designado Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEP).

¹²⁸ A Perspectiva Modernizadora influenciou a atuação no setor, com a preocupação com a racionalização e modernização da atuação, porém passando ao largo das recomendações do Seminário de Araxá para que os(as) assistentes sociais ultrapassassem o âmbito da execução da política, incentivando sua inserção em processos de planejamento e avaliação. Já a influência da vertente de Reatualização do Conservadorismo se percebe na ênfase que as(os) assistentes da saúde davam ao enfoque psicossocial e à abordagem de casos. Desse modo, a atuação profissional continuou impermeável à preocupação com a participação da população – tão discutida em outros âmbitos de inserção da profissão –, continuando a priorizar o Serviço Social de caso (BRAVO, 2006). Assim, não obstante toda a efervescência vivida na área como fruto do Movimento de Reforma Sanitária, bem como aquela processada no seio do Serviço Social ao construir o Projeto Ético-Político, as(os) assistentes sociais da área continuavam assépticos(as) às mudanças: mantinham-se na execução terminal da política de saúde e não se inseriram em experiências de saúde coletiva, como demonstram Bravo (2007) e Correia (2005b). Evidentemente, em experiências locais ou de forma individual, alguns(as) assistentes sociais se inseriam em equipes multiprofissionais, em programas ou projetos de saúde comunitária, a exemplo da realidade de Natal/RN, nos anos 1980. Tais profissionais, apesar de não possuírem bagagem teórica no campo da saúde coletiva, abraçaram as lutas da RSB, em razão das diversas semelhanças com as discussões do Projeto profissional crítico. Contribuíram, desse modo, com ações de mobilização e organização comunitária, com a efetivação de lutas pelo direito à saúde.

Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefício. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com modelo político-econômico implantado no país (BRAVO, 1996) (BRAVO, 2006, p.202).

Assim, a inserção de assistentes sociais na saúde se dava predominantemente nos níveis secundário e terciário dos serviços. Neste quadro, o Serviço Social **médico** era tido como profissão **paramédica**, ou seja, subsidiária da ação médica.

A partir desse lugar subalterno atribuído ao “social” na política de saúde, bem como às demandas – geralmente assistenciais - que lhe eram colocadas, as respostas profissionais das/os assistentes sociais eram norteadas por um referencial teórico-político conservador, que se alinhava perfeitamente à lógica do modelo de atenção à saúde hegemônico (BRAVO, 2006; CORREIA, 2005b). Assim, historicamente as(os) assistentes sociais desenvolviam ações burocráticas, pragmáticas, focalistas, empiricistas, pautando seu trabalho na abordagem do Serviço Social de Caso (BRAVO, 2006, 2007; CORREIA, 2005b).

Ao versar sobre o exercício profissional, Costa (1998) situa que os principais atos desenvolvidos pelas/os assistentes sociais estavam voltados para:

- 1) Conhecer, classificar, caracterizar e analisar a situação familiar, sócio-econômica-cultural, legal e comunitária do usuário, visando obter informações para caracterização das condições socioeconômicas do usuário que pudesse interferir na eficácia dos programas e ações de saúde. Tais dados objetivavam subsidiar o diagnóstico médico, bem como a troca de informações com a família (COSTA, 1998).
- 2) A interpretação de normas e rotinas para as/os usuárias/os, atuando também na resolução de “(...) conflitos entre norma e caso” (COSTA, 1998, p.62). Neste sentido, o(a) assistente social era considerado como “profissional da exceção”.
- 3) Desenvolvimento de ações emergenciais, diante da emergência de problemas que, durante o processo de atendimento à saúde, não estavam previstos nas normas e rotinas das instituições, por serem expressões da questão social ou resultarem das fragilidades da organização dos serviços de saúde.

Nestes termos a autora considera que o(a) usuário – em aviltantes condições de vida e/ou sem acesso aos serviços de saúde - desvela a falácia do discurso de igualdade, ao evidenciar as determinações sociais da saúde e a debilidade de seu enfrentamento. Neste cenário, afirma que

(...) as ações [do(a) assistente social] passam a constituir-se verdadeiras 'urgências sociais', demandando a atuação do assistente social sob a forma de plantonista social, responsável pelo atendimento das urgências sociais que emergem no percurso da prestação dos serviços. Isso ocorre mesmo quando o seu trabalho é voltado para atividades programáticas mais ligadas à educação em saúde e/ou ações mais voltadas para prevenção (COSTA, 1998, p.63).

Em outras palavras, o exercício profissional do(a) assistente social se configura como uma necessidade dos serviços de saúde, "(...) enquanto parte do processo de trabalho em saúde, exatamente para atender aqueles que não tem a quem recorrer" (COSTA, 1998, p.65). Os objetivos de tal atuação estavam voltados para a manutenção da ordem, para a amenização de conflitos entre usuários e instituição.

Ainda conforme a autora, o Serviço Social, na saúde, não tem um objeto de trabalho burocraticamente definido, posto que este vai sendo construído cotidianamente durante o processo de atenção à saúde, a partir das demandas colocadas seja pela instituição, seja pelos usuários.

Isso, de imediato, diferencia o trabalho do assistente social dos demais componentes da equipe de saúde, que em geral tem os seus objetos parciais objetivamente pré-fixados, estabelecidos, o que também reduz seu campo de atuação a uma necessidade localizada num espaço, num setor mais ou menos específico do processo de produção dos serviços, de certa forma conferindo-lhes aparência de maior visibilidade (COSTA, 1998, p.65).

Em virtude dessas especificidades do Serviço Social na saúde, num contexto caracterizado pelo modelo biomédico, evidencia-se a predominância da subalternidade do(a) assistente social no processo de trabalho sanitário.

Com o advento da RSB, os fundamentos medulares do modelo biomédico são postos em questão e, também, a lógica de organização dos serviços de saúde: a concepção da determinação social da saúde e o conceito ampliado de saúde constituem um solo

extremamente profícuo para a redefinição do trabalho dos diversos profissionais sanitários, inclusive com repercussões na configuração do mercado de trabalho em saúde.

Para uma análise mais acurada acerca de como o Serviço Social se situa nestes processos, traçaremos agora um panorama acerca da tessitura do SUS.

3.5 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS

A priori é importante situar que a Carta Magna aponta para os processos de descentralização, municipalização, de adoção de mecanismos de controle social, entre outras modificações que vão colocar novas demandas para as profissões. O campo sanitário vai ser um dos pioneiros na incorporação dos novos arranjos institucionais, no processo de efetivação do SUS.

Além disso, com a CF/1988 ocorre, para certas categorias sociais (como crianças, adolescentes, idosos, etc.), a conquista de determinados direitos cívicos e sociais, que se tornaram viáveis institucionalmente por causa do respaldo jurídico legal (NETTO, 2006).

A Constituição Federal assume a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, sendo concebida enquanto componente da Seguridade Social, ao lado da Assistência e da Previdência Social. De acordo com Soares (2004, apud CFESS, 2009), este marco legal constitui o mais generoso projeto de proteção social na história do país.

São indubitáveis as modificações na política nacional de saúde a partir da implementação do SUS¹²⁹, entre as quais os avanços no tocante ao processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde; a adoção de mecanismos de controle social e participação popular, apesar de todas as suas limitações; a expansão do acesso aos serviços de APS, através da ESF, apesar de todas as suas contradições e limites, como indicaremos mais adiante.

É também inegável, contudo, que, apesar de todas as reivindicações e propostas da RSB, bem como dos avanços legais, constata-se que a Seguridade Social, como definida na Carta Magna, acabou por ser abortada em virtude do contexto socioeconômico vivenciado no país: os direitos sociais inscritos na Constituição Federal estão sempre sendo postos em questão

¹²⁹ Os princípios e diretrizes do SUS são a universalidade, a igualdade, a integralidade, a hierarquização dos serviços do setor, a descentralização e o controle social.

em nome de ajustes fiscais (débitos públicos) e monetários (combate à inflação) (DRUCK; FILGUEIRA, 2007).

Esse processo se gestou desde a entrada dos anos 1990, com o projeto neoliberal adotado pelo governo Collor, posteriormente consolidado e intensificado por FHC, através de medidas como privatização aberta, precarização dos serviços públicos, parcerias público-privadas, etc. Nos anos 2000, sob a orquestração do governo Lula e coetaneamente do governo Dilma, as grandes linhas do modelo econômico que favorece ao capital internacional se mantêm, ainda que com o discurso de adoção de um “neodesenvolvimentismo”. Neste sentido, os parâmetros econômicos, em seus traços gerais, permanecem nos governos do PT: a Desvinculação das Receitas da União (DRU); investimentos na política de exportação pautada no agronegócio; ênfase ao pagamento dos encargos relacionados à dívida pública; ampliação da arrecadação da União (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em tal contexto, as políticas sociais, focalizadas, objetivam, de maneira parcial e restrita, enfrentar os “estragos” resultantes do neoliberalismo, definindo-se então por “ser a contra-face dos superávits fiscais primários” (DRUCK; FILGUEIRA, 2007, p.26). O outro lado da moeda das políticas focalizadas corresponde ao agudizamento do processo de mercantilização das mesmas, em uma lógica na qual os direitos sociais deixam de ser referênciamestre (PEREIRA, 2009), para dar lugar ao acesso através do mercado.

É importante destacar as observações de Mota (2010) de que o governo Lula¹³⁰ (e de Dilma, acrescentamos) adota medidas que tem minimizado as condições de pobreza e, ao mesmo tempo, viabilizam o acesso mercantil a bens e serviços. No entanto, tem havido um afastamento dos referenciais classistas de socialização da riqueza socialmente produzida e a pobreza é tratada de forma desistoricizada, enfrentada como “(...) fenômeno que pode ser gerido através de políticas compensatórias (...)” (MOTA, 2010, p. 23). Deste modo, de acordo com esta analista (p.21), “através da mediação do mercado e do crescimento econômico

¹³⁰ Na análise de Soares (2010a, p.14), o governo Lula possui algumas particularidades: “(...) alto índice de aprovação do governo – o que lhe confere grande margem de ação e legitimidade social; intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passam a defender projetos coerentes com o neoliberalismo e com os interesses econômicos do grande capital nacional e internacional; continuidade da política econômica conservadora; centralidade da política de assistência - principalmente de transferência de renda – e políticas sociais com enfoque assistencial precarizado e fragmentado.

induzido pelo Estado, o governo atendeu algumas das reivindicações das classes subalternas, ao tempo em que assegurou as exigências das classes dominantes”.

É nesse solo que o SUS vai sendo tecido, sendo palco de embate entre distintos projetos sanitários: o do MRS dos anos 1980; o privatista (reatualizado) (BRAVO, 2006) e o do **SUS possível**¹³¹, “desencadeado pelo intenso movimento de transformismo de lideranças do projeto de reforma sanitária” (SOARES, 2010a, p.114).

Conforme pontua Kruger (2012), nos anos 1990, a RSB apenas logrou ser reativo aos colossais ataques que o SUS sofreu desde o início de sua implantação e o projeto de reforma que carregava terminou por metamorfosear, desconsiderar ou desqualificar seus pilares. Nos anos 2000, o processo de perda de sua radicalidade democrática continuou, não obstante a ascensão de um governo tido como democrático-popular.

Neste contexto, a travessia entre o texto legal e sua implementação vem sendo tensa, lenta, inconclusa, principalmente em virtude dos desafios de construir um sistema pautado em valores e princípios associados ao Estado de Bem-Estar social em uma conjuntura na qual o governo brasileiro se curva aos interesses do capital financeiro internacional, processo que tingiu de conotações sombrias os avanços jurídicos obtidos.

Para Soares (2010b), a contrarreforma da saúde obstruiu a implementação do SUS com base em seu marco legal. Assim, nos anos 1990, com a execução de uma agenda neoliberal, ocorreu um processo expresso de dilapidação dos serviços públicos de saúde, privatização, adoção de políticas focalistas, entre outros. Na década de 2000, contudo, de acordo com a autora aludida, há menções do governo à defesa do SUS, porém são inseridos conteúdos inconciliáveis com o projeto da reforma sanitária: tem havido uma refuncionalização dos princípios do SUS, sendo-lhes atribuído um significado condizente com a lógica da contrarreforma.

Neste cenário, a saúde é tida não apenas como um campo de direito, porém também como espaço econômico estratégico, como se pode perceber no Programa Mais Saúde

¹³¹ “(...) Ambos os projetos [SUS possível e privatista] terminam integrando um mesmo grande bloco de interesses e racionalidades, ainda que não homogêneo; enquanto o primeiro se aproxima das influências da Terceira Via que procura tornar mais digerível a proposta da contrarreforma, sendo os seus defensores antigas lideranças dos trabalhadores; o segundo, caracteriza-se pela defesa das propostas neoliberais conforme a sua primeira fase de implementação” (SOARES, 2010a, p.187).

(BRASIL, 2008). A compreensão da saúde como sinônimo de desenvolvimento, segundo Kruger (2012, p.12), admite toda

(...) sua dimensão e potencial de expansão e lucratividade para o mercado. Desenvolvimento que parece estar sendo medido não pela dimensão da saúde como direito universal da sua população e pelo avanço civilizacional para sociedade brasileira, mas pelo seu potencial mercadológico.

Soares (2010a) afirma que processo de desfinanciamento¹³² do SUS parece não ser considerado, apesar de que, conforme Mattos (2010), os esquemas de arrecadação previstos na Carta Magna para a Seguridade Social estão alimentando o superávit primário. Nesse contexto, todos os conteúdos de tensão existentes no sistema são deslocados para o nível da gestão em saúde. Assim, “os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão (...)” (SOARES, 2010, p.15), num discurso que justifica as Parcerias Público-Privadas (PPP) na gestão do setor, gerando possibilidades de destinação direta do fundo público para o setor privado. Neste sentido, proliferam propostas, que apenas mudam de nome, mas expressam as PPA: as Organizações Sociais (OS); as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs); as Fundações Estatais de Direito Privado ou a recém-criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Vale situar que, nas ações e programas do Ministério da Saúde percebemos que as iniciativas são prioritariamente voltadas para a ESF, em um polo; e aos serviços de urgência e emergência, em outro (VASCONCELOS, 2011). Nesta perspectiva, Machado, Baptista e Nogueira (2011) mostram as prioridades da agenda federal nos anos 2000: a ESF (que situaremos mais adiante), o programa Brasil Sorridente, os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o programa Farmácia Popular¹³³.

¹³² Bravo (2009) destaca que “a questão do desfinanciamento [...] 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. O financiamento da saúde tem vivido nesses anos graves problemas tais como: desvinculação da CPMF da receita do setor saúde até a sua exclusão; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar. Outro aspecto central é a desvinculação de receitas da união (DRU) com a utilização de 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública” (BRAVO, 2009, p.5).

¹³³ Vale destacar que este programa institui o copagamento no âmbito do SUS.

Assim, pouco se tem avançado no sentido de modificações, ampliação e qualificação dos serviços de média complexidade¹³⁴ – que se concentram predominantemente na esfera privada -, solo fértil para o setor lucrativo e para a proliferação dos planos de saúde e do desembolso direto (VASCONCELOS, 2011). Segundo Giovanella e Mendonça (2008), é no setor de diagnose e terapia que se evidencia, principalmente, a predominância do setor privado: das unidades que oferecem apenas diagnose e terapia, apenas 6% são públicas. Conforme as autoras em foco, é nesta esfera que se encontram as maiores dificuldades de acesso dos usuários do SUS¹³⁵.

Soares (2010a) sintetiza outras tendências da contrarreforma no SUS que têm forte impacto no trabalho em saúde:

- 1) O processo de **tecnificação da saúde**, marcada pelo investimento em novas tecnologias para o sistema, seja na aquisição de equipamentos, seja no campo da gestão (a exemplo das pactuações, contratualização, metas, planejamento e programação das ações em saúde, etc.). Esse processo, segundo a analista mencionada, expressa, além de uma valorização das tecnologias e das técnicas como solução dos problemas do SUS, uma forte vinculação com os interesses do capital internacional (como as orientações sobre a adoção de novas modalidades de gestão, a busca de ocultamento das contradições sociais, os processos de mercantilização da vida, etc.);
- 2) A tendência à **ampliação restrita**, através da qual a expansão do SUS, desde sua gênese, ocorre de maneira focal, clivada e precarizada¹³⁶, não atendendo ao princípio da

¹³⁴ "(...) mesmo que a média e alta complexidade tenham maior preponderância - em termos de investimento e demandas – estes níveis de atenção também são altamente precarizados no interior da política e sofrem com o subfinanciamento, a introdução dos novos instrumentos de gestão e as contradições do sistema e de sua racionalidade " (SOARES, 2010a, p.123).

¹³⁵ Aqui se coloca a discussão acerca da judicialização do SUS, discussão que ultrapassa o escopo de nosso trabalho. Para algumas indicações sobre esse processo, Cf. MATTOS (2010) e KRUGER (2012).

¹³⁶ Soares (2010) avalia que "o sistema vem expandindo suas ações desde sua criação, em 1988, mas sempre de forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir atender à universalidade das demandas. Esse crescimento se dá por pressão da própria demanda, que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede de serviços. A expansão limitada dos serviços tem relação direta com os limites orçamentários da política: a EC 29 ainda não foi regulamentada e o processo contínuo de subfinanciamento do sistema tem se agravado com preocupantes perspectivas para o ano de 2010. Essa ampliação residual vem se dando em todos os níveis de Atenção em Saúde – mas, principalmente, nas equipes de saúde da família ou nos NASF, e nos serviços de pronto-atendimento e emergências - e preponderantemente no nível federativo municipal devido à descentralização e regionalização; porém, é importante ressaltar que em todos eles está focalizada entre os segmentos mais pobres da população. [...] Os NASFs são expressões concretas das particularidades desse processo

universalidade, conforme a autora citada;

3) A ênfase na **assistência precarizada, focalizada e emergencial**, reforçando as características do modelo biomédico e sendo incapaz de atender à demanda. A autora em foco coloca que o grande núcleo para onde confluem as contradições do SUS e grande parte das contradições da sociedade são os espaços das ações emergenciais, através de agravos, desgastes e adoecimentos. “(...) Toda essa demanda pressiona, dessa forma, o sistema que, por sua vez, atende emergencialmente” (SOARES, 2010, p.104);

4) A **privatização e mercantilização da saúde pública**;

5) A **precarização e superexploração do trabalho na saúde pública**, seja pela via de novas modalidades de gestão (com suas estratégias de contratação por metas); a ampla adoção de contratos temporários e precarizados; a considerável demanda pelos serviços de saúde, porém sem condições de responder a ela, o que tende a repercutir nas condições de trabalho. “Além disso, a necessidade de **reestruturação da gestão do trabalho**, inclusive com o investimento na qualificação desse trabalhador desde a graduação até a formação continuada, buscando formar um novo trabalhador coerente com as necessidades da organização do sistema e de sua racionalidade” (SOARES, 2010, p.105 – grifos originais).

6) A **Promoção da Saúde restrita** acaba por fazer, segundo esta autora, com que haja uma tendência à responsabilização individual pelas práticas e comportamentos saudáveis;

7) A **ampliação do tensionamento nos espaços de participação social**, já que, embora legalmente fundamentais para a condução da política sanitária, eles não vem sendo priorizados, a exemplo da desconsideração das deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRAVO, MENEZES, 2011). Outros espaços vêm assumindo relevância, como as Comissões Intergestores e as Ouvidorias. Soares (2010, p.106) menciona que tem havido também uma participação “(...) de natureza colaboracionista e solidária, numa perspectiva de adesão não só

de ampliação: esses núcleos são compostos por uma equipe multiprofissional que deve dar apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. Porém, de acordo com a proposta que já foi normatizada, um profissional de Serviço Social, por exemplo, pode se responsabilizar pelo atendimento das demandas de, no mínimo, 3 equipes de saúde da família – nos casos de NASF tipo 2 – ou de 8 a 20 equipes – nos casos de NASF tipo 1, o que é impossível numa perspectiva de atendimento qualificado. Assim, houve a ampliação com a criação de um novo serviço, com a parca contratação de profissionais, mas as condições de trabalho, a estrutura de pessoal e de recursos, de uma forma geral, nem de longe atendem às necessidades da população usuária, o que resulta num processo extremamente seletivo para atendimento dos casos mais graves e urgentes” (SOARES, 2010, p. 105).

passiva, mas ativa dos usuários e trabalhadores do SUS".

A autora em tela afirma que tais tendências se efetivam no dia a dia dos serviços de saúde como parte de uma unidade contraditória "(...) entre a ênfase cada vez maior nas ações assistenciais/emergenciais e a implementação de medidas e instrumentos 'inovadores' de gestão" (SOARES, 2010b, p.246).

Neste contexto de contrarreforma, o modelo biomédico tem se expandido e institucionalizado como predominante: sua hegemonia se mantém, em todas as redes de atenção à saúde; suas ideias e valores seguem predominantes e orientam a formação e o trabalho sanitário (FEUERWERKER, 2007), bem como a gestão do sistema. Notamos que a concepção ampliada de saúde não foi acompanhada de mudanças do processo de trabalho em saúde e são evidentes as fragilidades que perpassam este trabalho no sentido de construir novas práticas, estando, muitas vezes, ainda orientadas fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura e nos indivíduos.

Isso não significa que inexistam de processos de resistência, de mudança, de confronto entre projetos sanitários nos diferentes espaços, mas que o modelo biomédico segue hegemônico e tem havido incipientes alterações no modelo de atenção à saúde.

Neste cenário, situaremos a discussão da Promoção da Saúde no SUS, partindo das proposições da Saúde Coletiva em torno dos modelos tecnoassistenciais.

3.5.1 Saúde coletiva, modelos tecnoassistenciais alternativos e Promoção da Saúde no Brasil

É importante situar que, de acordo com Silva Júnior (2006), houve dissensos na RSB em relação às estratégias para a efetivação da Reforma Sanitária, através do SUS, e um dos

temas polêmicos foi a formulação e implementação de modelos tecnoassistenciais¹³⁷ consonantes com o ideário do citado movimento¹³⁸.

Nesse sentido, conforme o autor citado, algumas propostas foram elaboradas e desenvolvidas por grupos de intelectuais comprometidos com a Saúde Coletiva, situados em distintas regiões do país, geralmente com a articulação universidade-serviço. Há diversas correntes ou perspectivas citadas pelos distintos autores¹³⁹, porém aqui seguimos as indicações de Teixeira (2003), por se voltar exatamente para as mais expressivas no cenário nacional (algumas das quais incorporam a discussão da NPS), que influenciaram e/ou continuam a nortear a tessitura da política sanitária nacional¹⁴⁰: o modelo em Defesa da Vida (DV), as Ações Programáticas, a Vigilância da Saúde (VISAU), as Políticas Públicas Saudáveis e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Modelo DV emergiu, em fins dos anos 1980, a partir de um grupo de intelectuais da Universidade de Campinas (UNICAMP), que criou o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), que até 2007 agrupava produção do grupo¹⁴¹ (CARVALHO, 2005). Segundo este autor, os componentes do LAPA fazem uma análise dos limites do marxismo

¹³⁷ Silva Júnior (2006) define que os “modelos tecnoassistenciais alternativos” se referem à “(...) organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político” (MERHY et al, 1991) (SILVA JUNIOR, 2006, p.32). A partir de tal perspectiva, consideramos que tais propostas de inserem em alternativas ao modelo biomédico, voltando-se para a concretude da atenção à saúde.

¹³⁸ Ultrapassa o escopo de nosso trabalho uma incursão mais aprofundada nessa interessante discussão. Contudo, é importante destacar as indicações de Teixeira (2003) de que nenhuma das propostas, isoladamente, abarca para todos os aspectos relacionado à transformação do modelo de atenção à saúde, já que cada uma delas acaba por se voltar para aspectos parciais do processo. A autora menciona ainda que as distinções e/ou confluências entre as citadas propostas advêm de seus fundamentos filosóficos e teóricos.

¹³⁹ Paim (2008) cita a oferta organizada, a distritalização, as ações programáticas de saúde, a Vigilância da saúde, a Estratégia Saúde da Família, o acolhimento. Andrade, Barreto e Bezerra (2006) elencam apenas o Modelo em Defesa da Vida, a Ação Programática em Saúde e os Sistemas Locais de Saúde.

¹⁴⁰ É importante situar que, como Teixeira (2003, p.263), “não estamos tratando aqui de outras propostas de mudança na organização e gestão da produção de serviços que vêm sendo difundidas no âmbito do sistema privado de prestação de serviços, especialmente o *managed care* ou a ‘medicina baseada em evidências’, ainda que, em algum momento, essas propostas possam repercutir no debate que vem sendo travado no sistema público”.

¹⁴¹ A partir de 1995, de acordo com Carvalho (2005), ocorre uma diversificação na equipe, que passa a se agrupar em torno de três eixos, coordenados por expressivos docentes: a) Gestão e processo de trabalho em saúde (Emerson Merhy); 2) Gestão, sujeitos e modelo de atenção (Gastão Wagner Campos); 3) Poder, organização e gestão hospitalar (Luis Cecílio).

estruturalista e da ênfase excessiva da RSB à estratégia de ocupação dos espaços governamentais. Mesmo na diversidade dos fundamentos filosóficos do grupo, na opinião de Teixeira (2003, p.264), é possível identificar influências “(...) provindas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional, sendo centrais nessa corrente de pensamento as ideias de autores contemporâneos pós-estruturalistas, como Felix Guattari e Cornelius Castoriadis”.

O foco analítico das/os envolvidos na proposta é o processo de trabalho em saúde, com o objetivo de elaborar metodologias e instrumentos de gestão e de organização do trabalho coletivo que gere uma “revolução molecular” nos serviços de saúde e produzam novas formas de relação entre gestores, trabalhadores e usuários, “(...) mediadas pela busca de autonomia e reconstrução de subjetividades” (TEIXEIRA, 2003, p.264).

Carvalho (2005) lembra que, a partir de 2003, o grupo vem tendo destaque em nível nacional, em virtude da incorporação, pelo MS, de algumas de suas proposições em algumas iniciativas, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e o projeto de Educação Permanente da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde. Acrescentaríamos que, nos últimos anos, suas proposições em torno da Clínica Ampliada¹⁴² e do projeto de Equipes de Referência¹⁴³, bem como suas elaborações em torno da gestão e do acolhimento, vêm sendo

¹⁴² A discussão sobre a Clínica Ampliada possui grande relevância na política sanitária atual. Embora ultrapasse os objetivos de nosso estudo seu aprofundamento (para tanto, cf Campos, 2006b), traremos algumas de suas indicações a partir das observações de Carvalho (2005). Este autor afirma que a vertente DV critica a clínica em seu papel no controle do social, na redução dos sujeitos a doenças, na viabilização de interesses corporativos economicistas e sua funcionalidade ao complexo médico-industrial. Neste sentido, apregoa a necessidade de redefinição/recomposição da clínica, “no sentido de incorporar rotineiramente procedimentos de promoção e proteção à saúde, bem como questões de educação para a saúde e da saúde mental, tanto para os considerados pacientes como para aqueles que compartilhem de um dado risco epidemiológico ou social de adoecerem (CAMPOS, 1991, p.60)” (CARVALHO, 2005, p.127).

¹⁴³ “Este arranjo procura, entre outros objetivos, contribuir para a constituição de espaços institucionais de co-gestão; estimular o trabalho interdisciplinar e facilitar a criação de vínculo entre os trabalhadores e os usuários de saúde. [...] Para a rede básica de atenção esta proposta sugere a criação de equipes que se responsabilizem pelos problemas de saúde da população de uma dada área de abrangência. A composição destas equipes varia de acordo com as necessidades e possibilidades de cada situação, podendo estar voltadas para toda a população como ocorre no formato-padrão de organização das equipes do Programa Saúde da Família (...). [...] Além dos profissionais fixos, as Equipes de Referência devem contar com o apoio matricial de trabalhadores que atuem em diversas equipes a partir de um núcleo específico de saber (...). [...] Ao reconhecer a existência de ‘diferenças econômicas, culturais e da subjetividade dos vários usuários do sistema, e da repercussão dessa variabilidade na revolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde’ (CAMPOS, 1992, p.170) a corrente Em Defesa da Vida propõe que a atenção prestada seja singularizada em um projeto terapêutico individual a cargo de equipes interdisciplinares. [...] Cada usuário deve contar com um profissional de referência responsável pelo gerenciamento do cuidado observando a evolução do problema, administrando o fluxo do usuário pelo sistema e velando pelo cumprimento

encampadas pelo MS.

Teixeira (2003, p. 265) elenca que, em sua análise, a principal limitação de tal perspectiva é “(...) a ausência de propostas em relação ao desenho macro-organizacional do sistema, coisa aliás que extrapola o universo teórico-conceitual e a perspectiva político-filosófica dos autores”, já que a preocupação seria com os espaços dos “micropoderes”, da subjetividade das pessoas envolvidas no processo do cuidado em saúde.

As **Ações Programáticas** configuram uma proposta que agrupa sujeitos envolvidos em torno do Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Universidade de São Paulo (USP) (TEIXEIRA, 2003).

Seu aporte teórico, segundo esta autora, está pautado, inicialmente, na discussão marxista do processo de trabalho, depois incorporando a epidemiologia crítica e, recentemente, adotando ideias de pensadores como Heidegger, Habermas e Ricoeur.

Paim (2003) situa que a proposta toma como base a reflexão sobre a programação como tecnologia estratégica para reorganização do processo de trabalho, tendo como objetivo a resposta às necessidades sociais de saúde da população. Estas seriam caracterizadas, de acordo com Teixeira (2003), a partir de preceitos demográficos, socioeconômicos e culturais, o que resultaria em recortes populacionais sobre os quais as ações programáticas atuariam. Tal proposição seria uma alternativa aos programas especiais definidos em nível central e poderia redefinir o trabalho em saúde, tanto as relações entre profissionais quanto destes com os usuários. Vale registrar que algumas das proposições dessa vertente vem influenciando a conformação da ESF.

A analista referida elenca que as limitações dessa asserção também se referem à lacuna em relação ao desenho organizacional do sistema de saúde, assim como ao silêncio em relação ao território. Ela avalia que, não obstante a ênfase ao enfoque epidemiológico - que aponta para os DSS nos grupos populacionais específicos -, este serviria mais para contribuir com a clínica.

do projeto terapêutico individual. Este se responsabiliza pela integralidade e a qualidade do atendimento prestado, devendo disponibilizar e ofertar ao usuários as tecnológicas necessárias, a exemplo de consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde e o acolhimento. Este último constitui uma estratégia que procura facilitar o acesso dos usuários aos serviços e o disparo de dispositivos que provoquem rearranjos no modo de produzir saúde nas distintas unidades assistenciais (MERHY, 1994; CARVALHO, 1997; FRANCO, BUENO & MERHY, 1999; MALTA, 1998, 2001)” (CARVALHO, 2005, p.134).

A **Vigilância da Saúde**¹⁴⁴ (VISAU), em sua versão mais difundida¹⁴⁵, tem sua gênese, segundo Teixeira (2003), nas experiências ocorridas no âmbito dos Distritos Sanitários (DS), no final da década de 1980 e início de 1990, com base conceitual nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). A experiência foi executada por Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (com destaque para a Bahia), com apoio da OPAS e da Cooperação Italiana de Saúde, em estreita ligação com a UFBA.

A vertente possui influência, de acordo com a autora mencionada, do enfoque sistêmico, do planejamento situacional de Carlos Matus, da epidemiológica e da Nova Geografia. Teixeira (2003) assinala também que a noção de VISAU emerge dentro da proposta dos Distritos Sanitários (DS) como uma releitura crítica da proposta de Leavell e Clarck sobre os níveis de prevenção que perpassam a História Natural das Doenças (HND) (acerca da qual já tratamos no primeiro capítulo), buscando superar o esquema abstrato com a leitura concreta das práticas de saúde. Assim, a VISAU

(...) articula os vários níveis de prevenção, enfatizando o desenvolvimento de “políticas públicas saudáveis” e de “ações sociais organizadas”, em defesa da saúde e das melhorias de condições de vida. Fiel à ideia de “integração” presente na proposta original da HND, a Vigilância da Saúde trataria de articular o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (prevenção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se, de fato, em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) população(ões) em cada país, estado ou municípios (territórios) (TEIXEIRA, 2001, p.90).

As elucubrações de Mendes (1996) sobre a VISAU são fundamentais para nosso tema, seja por se configurar como o primeiro texto brasileiro que incorporou explicitamente a

¹⁴⁴ É importante esclarecer que, segundo Paim (2003, p.168), “presentemente, as distintas vertentes do debate em torno da vigilância no Brasil se expressam na utilização de variações terminológicas como vigilância ‘da’ saúde (...), vigilância ‘à’ saúde (...) e vigilância ‘em’ saúde (...). O eixo comum é a abertura para a epidemiologia, tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde, que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços; isto é, na reorganização das práticas de saúde”. Não obstante, prossegue o analista, constatam-se distintas vertentes em relação à vigilância da saúde, dentre as quais elenca três: a VISAU entendida como análise de situações de saúde; a VISAU concebida como uma “proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária” (BARATA, 1993, apud PAIM, 2003, p.168); e a VISAU enquanto um a “proposta de ação para redefinição das práticas sanitárias” (PAIM; TEIXEIRA, 1993, PAIM, 2003, p.168).

¹⁴⁵ Essa vertente possui como intelectuais mais expressivos Carmem Teixeira e Jairnilson Paim, ambos da UFBA, assim como Eugênio Vilaça Mendes, consultor/assessor da Secretaria de Saúde de MG e ES, bem como consultor para o projeto QualiSUS do Banco Mundial.

discussão da NPS e dos municípios saudáveis (BUSS; CARVALHO, 2009); seja por sua ampla divulgação, inclusive entre assistentes sociais, como veremos no capítulo a seguir.

Mendes (1996) defende que um novo sistema de saúde, conforme previsto pelo SUS, requer a reconstrução dos fundamentos medulares do modelo de atenção, através de mudanças concomitantes e dialéticas na concepção saúde-doença (através da adoção do conceito positivo de saúde); no paradigma sanitário (via incorporação da produção social); na “prática” sanitária (através da superação da prática médica pela **vigilância da saúde**); na ordem governativa da saúde na cidade (através da construção de políticas públicas saudáveis). Para efetivação desse processo, conforme o autor em foco, seriam necessários dois movimentos concomitantes: o primeiro, de ordem mais geral, modificando a racionalidade governativa da cidade num sentido que possibilite tornar este espaço um local de produção social da saúde, via **políticas públicas saudáveis**; o segundo diz respeito à reorganização dos serviços de saúde¹⁴⁶. Neste âmbito, deve ser adotada a estratégia da VISAU.

Segundo o autor em tela, esta precisa combinar, com eficácia e eficiência, três tipos de ações: a atenção curativa, a prevenção e a promoção, sendo crescente a sua ordem de importância no processo de trabalho das equipes de saúde. Para o autor mencionado, a **atenção curativa** é voltada para a cura ou cuidados das dores e para a reabilitação de sequelas, estando voltada predominantemente para indivíduos. A segunda ação, a **prevenção das doenças e dos acidentes**, seria organizada como um modo de observar e planejar intervenções que busquem antecipar-se aos eventos, agindo sobre problemas específicos ou sobre um conjunto deles, de maneira a atingir indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar. A terceira ação, a **promoção da saúde** abrange o desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população atendida, estando direcionada para a coletividade. Dessa maneira, na prática sanitária, a PS se caracteriza por ser uma abordagem mais ampla que a prevenção (que busca “evitar” as doenças) e se volta efetivamente para a produção de saúde, sendo conceituada, conforme indicamos, como o desenvolvimento de ações a partir da constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde

¹⁴⁶ Para este autor, os projetos estruturantes da produção social da saúde seriam então: a **Cidade Saudável** (através da estruturação do campo da saúde entendida como qualidade de vida) e, subordinada a esta, o **Distrito Sanitário**, que vai cuidar da estruturação do campo dos serviços de saúde. Para melhor compreensão dessa proposta, cf: Mendes (1996).

(MENDES, 1996). Vale ainda mencionar que, para este analista, a vigilância da saúde requer um trabalho interdisciplinar e possui como pilares o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade.

É importante mencionar que a proposta da VISAU foi incorporada pelo MS como referência para o PACS/PSF (TEIXEIRA, 2003), bem como no processo de articulação entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.

Em termos de limitações, a autora mencionada avalia que a VISAU não tem avançado com proposições específicas a respeito das alterações no processo de trabalho, mas tem dialogado com a corrente das Ações Programáticas sobre esse tema. Além disso, continua a analista citada, tem se acercado do debate da NPS "(...) visando ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégia de ação intersetorial voltadas para a melhoria das condições de vida" (TEIXEIRA, 2003, p.268).

Carvalho (2005) indica outras debilidades da proposta da VISAU, entre as quais destacamos a ênfase na epidemiologia e no planejamento na determinação das necessidades de saúde e a pouca atenção à clínica e à demanda espontânea, acabando por dicotomizar saúde pública e clínica. Além disso, critica, tal perspectiva parece não ter superado sua suposta herança estruturalista, o que levaria a desconsiderar os fatores biológicos e subjetivos na determinação da saúde. Por fim, o autor em tela elenca que há o risco da ênfase no planejamento estratégico situacional se tornar prescritivo e terminar por burocratizar o trabalho sanitário.

As propostas em torno das **Políticas Públicas Saudáveis** - que, como vimos, aparecem indicadas nas proposições de Mendes, 1996, acerca da VISAU – parece configurar uma perspectiva que incorpora o ideário da NPS e está diretamente associada ao movimento das Cidades/Municípios Saudáveis¹⁴⁷.

De acordo com Pasche e Hennington (2006), sob a orquestração da OMS, este último adentra à América Latina nos anos 1990, junto com o processo de descentralização e da difusão dos SILOS pela OPAS. Paim (2003) refere que a proposta foi abraçada pelo Conselho

¹⁴⁷ De acordo com Schmaller; Franco de Sá e Silva (2012), baseadas em Akerman et al (2002), as duas terminologias são utilizadas no Brasil, o que teria relação com momento de aproximação ao ideário: aqueles que se envolveram com as propostas do governo canadense, usam o termo "Cidades Saudáveis"; já que os que foram sensibilizados por organizações como a OPAS, adotaram a expressão "Municípios Saudáveis".

Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), conforme expresso oficialmente na Carta de Fortaleza, lançada em 1995, que defende a adoção, no SUS, da NPS, da Intersetorialidade, da filosofia dos Municípios Saudáveis, bem como do ideário da Cultura da Paz¹⁴⁸.

Os objetivos das Políticas Públicas Saudáveis perpassam a busca da melhoria da qualidade de vida da população, a execução de políticas públicas saudáveis, tendo a intersetorialidade como estratégia principal (PASCHE; HENNINGTON, 2006). Paim (2003, p.166) afirma que tal proposta

implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações “comunitárias” no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades, onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

Segundo Teixeira (2003), o projeto vem sendo incorporado por diversas administrações municipais nos últimos anos, dentre as quais se destacam Campinas, Curitiba e Fortaleza¹⁴⁹.

No cenário brasileiro, tem ocorrido a emergência do movimento de **Cidades/Municípios/Comunidades Saudáveis** (WESTPHAL, 2006), expresso em algumas iniciativas em curso no país¹⁵⁰.

Neste bojo, foi criado um Grupo Temático na ABRASCO intitulado “Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Sustentável” (PSDLIS)¹⁵¹, que inclui redes de instituições de

¹⁴⁸ Sobre a “Cultura da Paz”, a ONU, em 1999, a definiu como “(...) como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social” (BRASIL, 2009, p.5). Apesar da importância de se discutir a questão do enfrentamento das violências, o que parece emanar desse tipo de discurso é a concepção de “paz” como algo abstrato, descolado da realidade, a depender apenas da mudança de postura por parte da população, como se a violência não tivesse conexões com a lógica do sistema atual, com a indústria bélica, o tráfico internacional de drogas e pessoas, etc.

¹⁴⁹ Andrade (2006) realizou um estudo sobre duas dessas experiências.

¹⁵⁰ Dentre as quais podemos citar algumas redes, que atuam em articulações com universidades: a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (atuante nos estados de SP, RJ, PR, MG e AM); a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis; a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba (PR); a Rede de Comunidades Saudáveis (RJ); a Rede Brasileira de Habitação Saudável; e a Rede Amazônica de Habitação Saudável.

ensino, com apoio do MS, da OPAS. Há também interlocução com o governo canadense, destaque mundial no campo da NPS.

O grupo vem organizando eventos e desenvolvendo iniciativas na área da NPS, como os Seminários Brasileiros de Efetividade da Promoção da Saúde¹⁵², bem como Encontros do Fórum de Redes de Cidades, Municípios e Territórios Saudáveis e Sustentáveis. O GT vem se preocupando com a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Saúde na Escola, a Saúde Urbana e a Saúde Ambiental.

Teixeira (2001) analisa que o referencial do Municípios/Cidades Saudáveis pode contribuir para os processos de descentralização, intersetorialidade e ampliação do arco de ações sociais voltadas para o atendimento das necessidades sanitárias da população. Constitui, também, para a analista, uma importante inovação conceitual e político-ideológica no campo das políticas sociais. Contudo, suas proposições não dão conta, “(...) evidentemente, do encaminhamento dos problemas específicos da organização do ‘modelo de atenção à saúde’” (TEIXEIRA, 2003, p.271). Acrescentamos que os limites do movimento em tela estão profundamente vinculados às características do movimento em torno da NPS, que analisamos em capítulo anterior.

Apesar da resistência inicial dos envolvidos com a RSB com o discurso da NPS (como situamos no capítulo precedente), a partir da década de 1990, vem acontecendo uma crescente adoção do ideário da NPS, seja na produção acadêmica, seja na política sanitária.

Deste modo, é possível observar a influência da NPS na escolha da APS (via Estratégia Saúde da Família - ESF) como “estratégia” para mudança do modelo de atenção, já em meados dos anos 1990. Além da ESF (e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS), podem ser mencionadas também a herança no campo das práticas de Educação à Saúde (CARVALHO, 2004), em programas como o de Controle do Tabagismo, o de Controle do HIV/AIDS, o de Controle da Hipertensão e Diabetes, assim como nas discussões em torno da estruturação do sistema de vigilância da saúde no SUS (TEIXEIRA, 2006).

Cumprindo indicar também que, a partir de 2006, a NPS ganha destaque na política

¹⁵¹ Os documentos produzidos pelo GT estão disponíveis em http://www.abrasco.org.br/grupos/documentos.php?id_gt=13.

¹⁵² Esses eventos ocorreram em 2006 (Brasília), 2008 (Rio de Janeiro), 2011 (Rio de Janeiro) e são destinados apenas a grupos convidados.

nacional, em virtude de sua inclusão dentre as diretrizes e prioridades do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (CASTRO; MALO, 2006); da instituição da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS); e da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Ainda que ultrapasse o escopo de nosso trabalho analisar a PNPS, é importante fazer algumas indicações a seu respeito¹⁵³. A mesma tem como objetivo principal:

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p.13).

Para tanto, o documento acima recomenda o incentivo às ações de PS em todos os níveis de atenção, com realce para a APS.

No texto da PNPS, é notável uma tensão entre a introdução da Política e o restante do documento: apesar dos amplos objetivos e da menção à NPS, as ações propostas são voltadas prioritariamente para mudanças nos estilos de vida individuais. Nesta perspectiva, a política propõe a priorização de ações voltadas para: alimentação saudável; prática corporal/ atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável¹⁵⁴.

Cruz (2010) afirma que, distintamente do que se poderia presumir, a política em foco caminha na contramão da concepção da NPS, possuindo mais claramente o enfoque preventivista de Leavell e Clark (1977).

¹⁵³ Em estudo sobre o processo de elaboração da PNPS, Cruz (2010) demonstra que, distante de se configurar como uma resposta às demandas da RSB, o principal impulso para sua publicação adveio da OMS, pela via do documento “Estratégia Global de alimentação saudável, atividade física e saúde” (OMS, 2004), que requisita dos países membros o desenvolvimento de ações no sentido do enfrentamento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas.

¹⁵⁴ É importante mostrar que esses eixos estratégicos estão relacionados a algumas iniciativas já existentes, como a Política Nacional de Saúde Mental (2001), o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (2002); a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999); a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001); o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (2003); a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003).

Soares (2010) avalia que, na atual política de saúde está presente uma concepção restrita de PS que, em lugar de viabilizar

(...) políticas públicas estruturais e universais que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais, termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença (SOARES, 2010, p.106).

Vale situar que, como desdobramento da PNPS, são desenvolvidas algumas iniciativas, dentre as quais se destaca a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, também em 2006. Outro marco é a publicação da Portaria Nº 4.074/ 2010, visando autorização de repasse financeiro para estados e municípios, através do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) (BRASIL, 2010). Em 2011, através da Portaria nº 719, é criado o Programa Academia da Saúde, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Além disso, no mesmo ano, é elaborado o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2011) (BRASIL, 2011b).

Outro conjunto de ações oficiais no âmbito da NPS são as iniciativas da Agência Nacional de Saúde (ANS) no sentido de uma regulação indutora da saúde suplementar no país, através da elaboração de uma política que visa à qualificação da atenção à saúde, incentivando a adoção da prevenção de riscos e enfermidade e da promoção da saúde no modelo de atenção até então promovido pelas operadoras de planos privados de saúde (ANS, 2011)¹⁵⁵.

Algumas importantes ações intersetoriais também vêm sendo desenvolvidas no rastro da PNPS: a implantação do Programa Saúde na Escola¹⁵⁶, em 2007, com a articulação entre os

¹⁵⁵ Para maiores informações, Cf: CZENESRIA (2003), FRANCO et al (2011), ANS (2011).

¹⁵⁶ O PSE é fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Objetiva oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público. Suas ações estão divididas em quatro áreas: a) avaliação das condições de saúde dos estudantes; b) promoção da saúde e prevenção, com foco na alimentação saudável e atividades físicas, conscientização da responsabilidade e consequências do uso de álcool e outras drogas, uso da violência, educação para a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis; c) Educação permanente dos profissionais das duas áreas; d) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

Ministérios da Saúde e da Educação; o Lançamento do Plano Nacional de Atividade Física, em 2009, via integração entre Ministérios da Saúde e do Esporte.

Costa (2010, p.125) lembra também que são elencadas como ações de Promoção da Saúde “as políticas de combate à fome (atendimento às carências nutricionais); a aprovação do Estatuto do Desarmamento e o recolhimento de armas de fogo; o aumento dos investimentos em saneamento básico”.

Em relação ao modelo da **Estratégia Saúde da Família**¹⁵⁷, vale situar que, embora muitas vezes seja divulgado como uma experiência amplamente inovadora, possui raízes históricas na Medicina Comunitária e na APS¹⁵⁸, bem como é possível perceber, em sua tessitura, o legado de algumas proposições dos modelos tecnoassistenciais anteriormente tratados, como das Ações Programáticas e da VISAU, das Políticas Públicas Saudáveis, bem como do Modelo DV.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família é apontada pelo Ministério da Saúde (MS) como a vertente brasileira da APS (BRASIL, 2009), cuja expansão e qualificação são assumidas como parte do conjunto de prioridades sanitárias no país¹⁵⁹ (BRASIL, 2011a). Para se ter uma ideia do espraiamento da ESF no país, até novembro de 2013 ela estava implantada em 5.327 municípios, cobrindo 58,12% da população através de 34.494 equipes¹⁶⁰ (BRASIL, 2014).

¹⁵⁷ Formulado a priori como programa, com caráter restrito de APS, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado, em 1994, inicialmente em pequenos municípios, objetivando absorver a demanda reprimida na atenção básica, porém com baixa capacidade de garantir continuidade da assistência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A expansão do PSF está associada à descentralização e municipalização desencadeados com a criação do SUS. Para maiores discussões, cf: VASCONCELOS (2011); VASCONCELOS e SCHMALLER (2011)

¹⁵⁸ São também influências o modelo cubano de Médico de Família, o modelo de APS inglês, assim como experiências locais que tinham como inspiração estas referências (a exemplo do Programa Médico da Família de Niterói), bem como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

¹⁵⁹ Um marco da crescente importância da APS no país foi a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, com destacada ênfase para o papel da ESF. Em 2011, foi publicada a Portaria nº 2.488, que aprova a Nova PNAB. A recente legislação brasileira expressa a centralidade da APS na política sanitária nacional: o Pacto pela Vida, de 2006, “reiterou como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde” (CONILL, 2008, p.13); o decreto nº 7.508/ 2011 (que Regulamenta a Lei nº 8.080/1990), evidencia a centralidade da atenção primária no SUS: “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária” (BRASIL, 2011b).

¹⁶⁰ Vale registrar que o MS publicou a portaria nº 1.654/2011, através da qual foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB (denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável). Baseado no diagnóstico progressivo da atual situação da ESF, o PMAQ-AB objetiva induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, instituindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e

A estratégia é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais¹⁶¹ em unidades básicas de saúde. Estas equipes, conforme o citado Ministério (BRASIL, 2007), devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, devendo se caracterizar também

por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a ESF deve ser regida pelos preceitos do Sistema Único de Saúde, pelos princípios da APS, além de ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional; atuar no território; executar ações segundo planejamento e programação baseados no diagnóstico situacional local, tendo como ponto de convergência a família e a comunidade; realizar articulações intersetoriais.

Cumprir também a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a partir de 2008, “dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009). Atualmente os NASF vem se expandindo em nível nacional, havendo 2.230 equipes atuantes em 1.542 municípios (BRASIL, 2014).

Vale situar que a configuração e estruturação da ESF são complexas, multifacéticas. Através desta, conforme Giovanella (2008), o SUS expandiu acesso à população antes não

local, de forma a possibilitar uma maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011c). Notadamente, esse programa se coloca como parte das tendências da contrarreforma da saúde analisadas por Soares (2010a), sobre a qual já tratamos.

¹⁶¹ Tais equipes seriam compostas por, no mínimo, um(a) médico(a) de família, um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um(a) dentista, um(a) auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. São responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias), localizadas em uma área geográfica delimitada, o que possibilita, segundo o referido MS (BRASIL, 2007), a criação do vínculo e da co-responsabilidade entre a equipe e a comunidade.

inserida no sistema, através de um importante - embora insuficiente - leque de serviços; contudo, a abrangência dos serviços públicos sempre está sendo colocada em questão. Conforme mostramos em outro local (VASCONCELOS, 2011), as críticas tecidas à ESF giram em torno de sua focalização (CORREIA, 2005a); das fragilidades de sua implementação nas grandes metrópoles (CONH, NAKAMURA, CONH, 2005); das insuficiências do financiamento federal e estadual para a Estratégia (MARQUES; MENDES, 2003); das precárias condições e relações de trabalho; da desvalorização da dimensão clínica (CAMPOS, 2008; FRANCO; MERHY, 2007).

Pinto (2010) indica que, de maneira geral, o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF ainda é voltado para a produção de procedimentos, com foco na doença e nos indivíduos; centrado no profissional de medicina; num processo de trabalho individualizado, que não busca a qualidade da atenção à saúde em termos de resolutividade e satisfação do usuário.

Ilustrativa desse quadro é a pesquisa de Tesser et al (2010), desenvolvido junto a profissionais de equipes básicas de Saúde da Família (em Florianópolis/SC), que, em tese, deveriam privilegiar o enfoque da promoção da saúde, em virtude dos objetivos da Estratégia. Porém, no trabalho de campo, os autores constatam que as iniciativas que se diziam de PS eram restritas, em sua maioria, a atividades voltadas para oferecer informações sobre a prevenção de doenças. Além disso, eles verificaram que as atividades relacionadas ao estímulo à organização popular e comunitária e ao controle social praticamente não foram mencionadas pelos(as) profissionais. Tais achados são semelhantes aos de Melo Costa (2012), em estudo junto ao mesmo público realizado em Recife/PE.

É fundamental registrar ainda que, nos últimos anos, no bojo da consolidação do SUS e da expansão da ESF, algumas iniciativas vêm sendo desenvolvidas no sentido de redefinir a formação em saúde¹⁶² (reconhecidamente um nó problemático no SUS), como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró –

¹⁶² Foge aos nossos objetivos uma incursão acerca do diversos movimentos que vem ocorrendo nesse campo. Para maiores informações, Cf. BELLINI e AZEVEDO (2011); BRASIL (2006c); CAMPOS (2006c); CECCIM e FEUERWERKER (2004); FEUERWERKER (2006).

Saúde)¹⁶³, que inclui ações como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)¹⁶⁴ e o projeto Estágios e Vivências na realidade do SUS (Ver-SUS)¹⁶⁵.

Tecidas tais considerações, voltar-nos-emos para a discussão do Serviço Social no SUS.

3.6 O SERVIÇO SOCIAL NO SUS

A implementação do SUS gestou o redimensionamento do trabalho sanitário, entre eles o do(a) assistente social, assim como o alargamento dos espaços profissionais e a emergência de novas áreas de atuação, processos sobre os quais discutiremos a partir desse momento.

¹⁶³O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população,. “[...] O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos contemplados na 1ª fase. [...] No Pró-Saúde I foram selecionados 89 cursos. Destes, 38 são da medicina, 27 de enfermagem e 24 de odontologia. Para o Pró-Saúde II foram selecionados 68 projetos que contemplam 265 cursos da área da saúde, com impacto sobre aproximadamente 97.000 alunos das 14 áreas envolvidas” (BRASIL, [s.d.]). O Edital de Convocação nº 24, de 15 de dezembro de 2011, aprovou 113 projetos em 03/04/2012, que envolvem universidades estaduais, federais e privadas, institutos federais de educação, ciência e tecnologia, faculdades, centros, fundações, associação educacional, pontifícias universidades, entre outros, em parceria com secretarias municipais e estaduais de saúde. A inovação é articulação do Pró-Saúde ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) num edital único.

¹⁶⁴ “O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes (sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas) e 6 (seis) preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PET-Saúde/Saúde da Família, com participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês. No PET-Saúde/Vigilância em Saúde, para desenvolvimento de atividades em 2010/2011 foram selecionados 122 grupos. Em 2011 também foram iniciadas ações do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, com mais 80 grupos selecionados”. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?itxt=32782>. Acesso em 15-12-12.

¹⁶⁵ “O projeto VER-SUS/Brasil, enquanto dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. Assim, a proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, com a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, com a UNE, e com o CONASEMS, está propondo realizar estágios de vivência no SUS para estudantes universitários terem a oportunidade de vivenciarem a realidade do SUS e assim se qualificarem para atuação no sistema de saúde”. Disponível em <http://versus.otics.org/versus-1/apresentacao>. Acesso em 23-01-2013.

3.6.1 A resignificação do estatuto do Serviço Social no SUS

É imprescindível atentar que o processo de resignificação do Serviço Social no setor saúde também tem a ver com a lógica da contrarreforma – anteriormente situada - que vem ocorrendo nas várias políticas sociais e possui conexões com os processos mais amplos de busca de uma nova hegemonia.

Neste sentido, segundo Abreu (2004), no contexto atual, tem havido a busca de construção de um conformismo¹⁶⁶ novo, conexo a um largo movimento de passivização, que objetiva a busca de consentimento do trabalhador coletivo. Tal processo ocorre, segundo a autora referida, via mobilização da subjetividade e da cooperação do trabalhador, possuindo como mediações mais relevantes as conexões entre as estratégias de privatização e a construção de “(...) um consenso entre forças antagônicas encerrado em interesses econômico-corporativos (...). (ABREU, 2004, p.61), que objetivam também a neutralização das lutas de caráter emancipatório. De acordo com a analista em foco,

(...) os processos contraditórios da luta pela hegemonia na sociedade brasileira incidem sobre a prática profissional dos assistentes sociais, inflexionando sua fundação pedagógica, cujas alterações refletem, fundamentalmente, as mediações estabelecidas entre o modo peculiar como as atuais transformações se processam no mencionado contexto, as quais reconfiguram, entre outros aspectos: as manifestações particulares da questão social, o novo perfil do mercado profissional de trabalho, as demandas e necessidades sociais, e as condições profissionais na construção de respostas às mesmas em determinada direção. Essas mediações redesenham e reconectam a prática profissional no movimento social mais amplo. (ABREU, 2004, p.61).

¹⁶⁶ “O conformismo social na análise gramsciana apresenta-se sob duas modalidades: de uma forma subalternizante, mediante um equilíbrio psicofísico imposto pelo capital sobre o trabalho, e por isso não constitui, de fato, uma ‘segunda natureza’, pois desenvolve em detrimento do atendimento das necessidades humanas; de uma forma dinâmica, supondo um novo equilíbrio psicofísico estabelecido pela própria classe trabalhadora, um conformismo próprio, que não apenas adapta o homem ao novo ambiente em construção, mas o educa para dominá-lo, como sustenta Manacorda (1990). É o conformismo necessário para a formação de uma nova sociabilidade, a socialista, como uma ‘segunda natureza’ – por meio do qual o automatismo se converte em liberdade, a liberdade em responsabilidade e personalidade (MANACORDA, 1990). O conformismo dinâmico está na base de uma cultura emancipada. Para a análise gramsciana, a existência histórica do conformismo é o custo a pagar por todo o progresso. Assim, reconhece que o conformismo não é o problema, mas quem o exerce” (ABREU, 2004, p. 45).

O alargamento da quantidade de assistentes sociais no SUS nos últimos anos está relacionado também a esses processos, que possuem reverberações particulares no campo da saúde, como discorreremos precedentemente.

É fundamental situar, no entanto, que outro importante vetor tem demandado essa ampliação da inserção de tais profissionais na saúde: o projeto de saúde pública universal e democrática que envolve o novo sistema de saúde (SOARES, 2010a).

Em outras palavras, com a implementação do SUS e as propostas de alteração do modelo de atenção à saúde e seus pressupostos - que passam pelo conceito ampliado de saúde, a universalidade, a descentralização, a participação social, a integralidade -, o Serviço Social adquire um novo estatuto na área (MIOTO; NOGUEIRA, 2009; KRUGER, 2010).

A redefinição desse estatuto é resultado de um duplo movimento. De um lado, a própria história da profissão, tradicionalmente inserida no espaço ocupacional dos serviços de saúde, com reconhecimento inclusive de outras áreas, como podemos perceber na literatura anterior à criação do SUS, a exemplo de Silva (1985) e Spink (1985). De outro lado, a ampliação de sua inserção no setor sanitário com a implantação do SUS; a construção de respostas profissionais diante das novas demandas; assim como o reconhecimento político de sua contribuição para o sistema de saúde, expresso nas Resoluções do CNS e do CFESS.

Neste bojo, conforme indicamos, esta Resolução ratifica o documento mencionado do CNS, reconhecendo o(a) assistente social como trabalhador(a) de saúde. Tal resolução coloca algumas justificativas para tal certificação, que aqui agrupamos em três partes. A primeira referenda a argumentação da Resolução do CNS, citando as modificações advindas do SUS, como o conceito ampliado de saúde, a necessidade de consolidação de seus princípios e diretrizes, a importância da interdisciplinaridade para responder às necessidades de saúde da população.

Na segunda parte são tratadas especificamente as contribuições do(a) profissional para o trabalho em saúde, entre as quais é mencionada, inicialmente, a intervenção em relação ao fenômenos socioculturais e econômicos que comprometem a “eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde (CFESS, 1999, p.1). Em seguida vem a contribuição do(a) assistente social para “(...) o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações

educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País” (CFESS, 1999, p.1). Por fim, é indicada a imprescindibilidade, para a consecução do SUS, da efetivação do Controle Social e que o profissional de Serviço Social, “(...) com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais” (CFESS, 1999, p.2).

Outro importante marco para o Serviço Social na área foi a elaboração dos “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde¹⁶⁷” (CFESS, 2009, p.9). Este documento expressa a que o objetivo do trabalho do(a) assistente social na saúde “(...) passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2009, p.26).

Nesta perspectiva, Costa (2010, p.37) assinala que os assistentes sociais, no setor sanitário, são requisitados para se situarem “entre relações e determinações sociais que envolvem os níveis de saúde e as condições de vida da população”.

Mioto e Nogueira (2009, p.227) destacam a articulação do Serviço Social com as Ciências Sociais em saúde, concepção que, distante de configurar uma perda disciplinar para o primeiro, implica reconhecer que o exercício profissional do(a) assistente social requisita a apropriação da determinação social da saúde.

De acordo com o CFESS (2010), a nova conformação da política sanitária vai gerar repercussões para o exercício profissional do (a) assistente social em diversificadas esferas: “(...) nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais” (CFESS, 2010, p.23). Vejamos.

¹⁶⁷ Este documento - produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” do CFESS - incorporou as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS e foi apresentado e discutido com a categoria em atividades realizadas pelos Conselhos Regionais, pelos serviços ou pelas universidades (CFESS, 2009).

A priori cumpre situar que, atualmente, a inserção do assistente social na área acontece em todos os níveis de atenção à saúde¹⁶⁸ e em contextos multiprofissionais (MIOTO, NOGUEIRA, 2009).

Embora não tenhamos tido acesso a dados concretos, é nítido que a inserção do(a) assistente social no SUS – como nas demais políticas sociais - não se restringe à execução da política sanitária, mas perpassa também a gestão, o planejamento e a avaliação, a assessoria e a consultoria.

Em relação à distribuição desses profissionais nos níveis federativos, números do Banco de Dados do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2012) mostram que, dos 23.505 assistentes sociais vinculados ao SUS, apenas 4% está inserido na esfera federal; 24% atua nos serviços estaduais, enquanto 52% se encontra nos serviços municipais. Tal quadro pode ser associado ao processo de descentralização/municipalização vivenciado no país nas últimas décadas.

Destaca-se a quantia considerável de assistentes sociais que trabalha na rede privada de saúde¹⁶⁹ (16%), relacionado à forte presença da iniciativa privada no SUS.

É importante registrar ainda que a inserção profissional ocorre de forma bastante diferenciada nas várias redes de atenção à saúde. Segundo o DATASUS (BRASIL, 2012), conforme disposto no quadro abaixo, mais da metade das/os assistentes sociais estão inseridos nas Redes secundária e terciária¹⁷⁰ (61%). Na APS¹⁷¹ se situa menos de um quarto das/os citados profissionais no SUS (23%). A saúde mental¹⁷² se configura como uma relevante

¹⁶⁸ A forma de inserção de profissionais nos espaços ocupacionais é indissolúvel das tendências da política de saúde, marcadas pela precarização do trabalho (dos vínculos, das relações e condições de trabalho). Neste sentido, cabe lembrar que “o vínculo empregatício temporário e precário representa obstáculo à organização do trabalho em equipe, uma vez que pode gerar uma ligação frouxa e instável do profissional com o serviço e a equipe de trabalho. O vínculo está associado à alta rotatividade dos profissionais” (SCHRAIBER, PEDUZZI, 1999, p.7).

¹⁶⁹ O DATASUS (BRASIL, 2012) não explicita a quantidade de unidades de saúde filantrópicas nas quais os(as) profissionais atuam.

¹⁷⁰ Nessa rede agrupamos as informações relativas a: Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica (131); Centro de Parto Normal (1); Clínica Especializada/Ambulatório Especializado (3394); Hospital Especializado (2098); Hospital Geral (5617); Pronto Socorro Especializado (186); Pronto Socorro Geral (326); Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (351); Pronto Atendimento (680); Policlínica (1223); Posto de Saúde (165); Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care) (2).

¹⁷¹ Estranhamente, o DATASUS (BRASIL, 2012) não utiliza a expressão NASF, mas Centros de Apoio a Saúde da Família (CASF). Além desses núcleos, que abrangem 234 assistentes sociais, se inserem na APS os Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (5066) e o Polo Academia da Saúde (4).

¹⁷² Referente ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS (2193); Hospital Dia (116).

subárea de inserção do Serviço Social no SUS (com 10% dos profissionais na área). Outras¹⁷³ inserções abrangem 6% das/os assistentes sociais.

Tabela 1 - Quantidade de Assistentes Sociais no SUS, por Rede de Atenção – 2012.

REDE	Quantidade de assistentes sociais	%
Rede de APS	5.304	23
Rede secundária e terciária	14.457	61
Rede de Atenção à Saúde Mental	2.309	10
Outros	1.435	06
TOTAL	23.505	100

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2012), acesso em 25/12/2012.

Tais dados demonstram algumas importantes tendências na inserção ocupacional do Serviço Social na saúde. Citamos inicialmente a relevância dos serviços de Saúde Mental enquanto espaço ocupacional para o Serviço Social. Esta era uma subárea que historicamente inclui assistentes sociais, principalmente nos hospitais psiquiátricos. A aprovação da lei 10.216/2001 possibilitou significativos avanços na Reforma Psiquiátrica no país, com a criação e expansão dos serviços substitutivos (entre os quais podemos citar os Centros de Apoio Psicossocial – CAPS; as Residências Terapêuticas; etc.), que incluem assistentes sociais em suas equipes e redefinem suas funções. Tal subárea, como a de saúde do(a) trabalhador(a)¹⁷⁴,

¹⁷³ Envolve a Central de Regulação de Serviços de Saúde (123); Central de Regulação Médica das Urgências (SAMU) (7); Cooperativa (4); Farmácia (19); Laboratório Central de Saúde (13); Secretaria de Saúde (780); Unidade de Atenção à Saúde Indígena (20); Unidade de Vigilância em Saúde (96); Unidade Móvel Terrestre (15); Unidade Móvel Fluvial (2). Na modalidade Consultório há 356 profissionais, que não incluímos na APS porque não fica claro se se refere aos Consultórios de Rua previstos na Nova PNAB.

¹⁷⁴ É pertinente mencionar que a subárea de Saúde do Trabalhador não aparece nos dados do DATASUS (BRASIL, 2012), contudo, nos textos que analisamos se coloca como uma temática de crescente relevância na área: de acordo com Mendes (2011), houve um reconhecimento político da área, evidenciado em sua inclusão, embora insuficiente, nas políticas públicas e intersetoriais, assim como no campo da Saúde Coletiva. De acordo com o CFESS (2010), essa subárea vem se configurando como um relevante espaço da atuação de assistentes sociais nas últimas décadas. Os Parâmetros afirmam que “a dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos” (p.38). A criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e o processo de construção de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), além de se constituírem em novos espaços ocupacionais, colocam novas questões para o Serviço Social. Segundo Mendes (2011, p.475), “o trabalho do assistente social é requisitado em diferentes instituições, na prestação direta de serviços e execução de programas, cujos principais espaços profissionais são: atenção básica de saúde, centros regionais de referência em saúde do trabalhador, hospitais públicos ou privados e serviços ambulatoriais referenciados, previdenciária social como espaço específico para o Serviço Social e reabilitação profissional, institutos próprios de previdência, serviços de medicina e segurança do trabalho vinculado a empresas e/ou

passou, portanto, por profundas alterações, colocando a importância do trabalho em equipe, da intersectorialidade, da integralidade, que abrem margem para atuações profissionais que tradicionalmente não possuíam grande relevância no setor.

A segunda tendência é que, contraditoriamente à ênfase da política nacional de saúde na APS, o Serviço Social continua prioritariamente inserido nas redes secundária e terciária¹⁷⁵, referendando a posição historicamente predominante na área, como mostram também os dados de Soares (2010) e Costa (2010). Uchoa (2007) aponta que, acompanhando tal tendência, os campos de estágio na área também estão situados nessas redes de atenção.

A respeito dos espaços ocupacionais em tais redes de atenção, é importante indicar que, nos anos 2000, têm acontecido algumas alterações que tem requisitado a atuação de assistentes sociais, com é o caso da criação da Política Nacional de Humanização¹⁷⁶ (PNH) (CFESS, 2010), em 2003, assim como de estratégias relativas ao Acolhimento, ambas embasadas nas proposições do Modelo em Defesa da Vida.

Vale situar que também a polêmica institucionalização das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs)¹⁷⁷ vem requisitando assistentes sociais na composição das equipes

instituições terceirizadas, gestão de recursos humanos para o desenvolvimento de programas voltados para a saúde do trabalhador, sindicatos que desenvolvem programas de promoção da saúde e defesa de direitos, serviços de vigilância e educação em saúde, trabalhos de assessoria e consultoria, organizações de ensino e pesquisa em saúde, entre outras áreas”.

¹⁷⁵. Para maiores informações, cf: Soares (2010a).

¹⁷⁶ De acordo com Kruger (2012, p.11), a PNH “(...) tem como diretriz atuar no cotidiano das práticas de atenção à gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em arranjos de trabalho”. A autora avalia que “(...) a PNH ao pretender valorizar o trabalhador e realizar o acolhimento, não faz qualquer referência ao sucateamento da infraestrutura física e por vezes tecnológica dos serviços, a concurso público, ao plano de cargos, carreira e salários único para os trabalhadores do SUS e as definições sobre o financiamento. Portanto parece uma política de humanização que se sustenta apenas na **boa vontade** do trabalhador” (KRUGER, 2012, p.10). O CFESS (2010) alerta para a necessidade de se ter clareza acerca das diversas concepções de humanização, pois esta envolve noções que “(...) vão desde a operacionalização de um processo político calcado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASATE; CORRÊA, 2005)” (CFESS, 2010, p.49). Para uma discussão sobre a humanização e o Serviço Social, cf: Alves, Miotto e Gerber (2007).

¹⁷⁷ "A política de institucionalização das UPA's e de investimento nas emergências e urgências tem gerado um debate acirrado no interior do sistema. Uma das críticas que se faz ao pronto-atendimento é que ele deveria estar vinculado às unidades de atenção básica na saúde e não à atenção secundária e terciária. Da forma como estão sendo estruturadas na política, as UPA's estão ganhando centralidade no sistema e, neste caso, o pronto-atendimento, em lugar dos primeiros cuidados, está se constituindo unidade estruturante do SUS, o que altera a lógica do sistema no seu marco legal original (MACHADO, 2009)" (SOARES, 2010a, p.168).

multiprofissionais. Vale citar ainda a atuação desses profissionais junto a equipes que atuam com abordagem de Cuidados paliativos¹⁷⁸.

De acordo com Soares (2010a), seguindo a tendência anteriormente mencionada de ampliação restrita do sistema, a expansão da inserção de assistentes sociais no SUS, porém, vem se dando de forma residual em todas as redes de atenção, mas principalmente nos NASF e nos serviços de pronto-atendimento e emergências. Desse modo,

a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade à que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados (SOARES, 2010a, p.117).

Em relação à pequena inserção de assistentes sociais na APS, certamente está relacionada ao fato da principal estratégia adotada pelo MS, a ESF, não contar com assistentes sociais na composição oficial das equipes básicas¹⁷⁹, ainda que com a criação dos NASFs, haja possibilidade de inserção da referida profissão nos mesmos. Na análise de Soares (2010a, p.123), esse quadro expressa as contradições do SUS, "(...) tendo em vista que a política de saúde mesmo tendo como uma de suas principais diretrizes a centralidade da atenção básica e, dentro desta, a Estratégia Saúde da Família, a maior parte dos assistentes sociais encontra-se na média e alta complexidade".

Destarte, para a analista aludida, tal quadro indica que, mesmo após a institucionalização do SUS e a consolidação do PEP, o lugar prioritário da profissão na política de saúde, segundo a racionalidade hegemônica, continua aquele voltado para a assistência

¹⁷⁸ De acordo com Simão et al (2010, p.157), Cuidado Paliativo é definido pela OMS (2002) "(...) como 'uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual' (...). Os cuidados paliativos não prolongam a vida, nem tampouco aceleram a morte. Na verdade, eles são implementados para atender, de forma mais humanizada possível, ao paciente e à sua família. Os profissionais que adotam essa postura procuram estar presentes nas diferentes fases do processo de doença e dando não somente suporte físico, mas também assistência emocional, social e espiritual durante a fase terminal e de agonia do paciente. Além disso, esses profissionais também procuram auxiliar a família e os amigos a lidar com a questão".

¹⁷⁹ Sobre esse tema, Cf. VASCONCELOS et al (2009).

direta aos usuários – nas redes de atenção secundária e terciária - majoritariamente atendendo demandas assistenciais/emergenciais.

(...) este fato não ocorre aleatoriamente ou ao acaso, tendo em vista que onde há mais profissionais há maior demanda institucional, e, neste sentido, há necessidades no âmbito da racionalidade da política de saúde que requerem o assistente social nesse espaço do SUS (...). A legitimidade da profissão de Serviço Social nesse campo específico da saúde indica que ela responde a necessidades postas pela racionalidade hegemônica na política para esse lugar. Neste sentido, as suas práticas sociais direta ou indiretamente são referidas a essas necessidades (SOARES, 2010a, p.125).

É imprescindível indicar que, nos distintos espaços ocupacionais, o confronto entre as distintas demandas, associadas aos projetos sanitários, vai se manifestar, de forma velada ou aberta, no cotidiano profissional. Destarte, “a prática profissional na saúde pública realiza-se em meio às diversas contradições e conflitos do sistema que dialeticamente afirma e nega os princípios e direitos constitucionais em sua execução” (SOARES, 2010a, p.18).

3.6.2 O Serviço Social no SUS: demandas e respostas profissionais

Em nossa análise, os principais vetores das demandas ao Serviço Social na saúde podem ser apreendidos a partir de dois ângulos principais: o do modelo biomédico - associado ao projeto do SUS possível - e o dos princípios do MRS, em disputa nos espaços institucionais.

Neste contexto, as demandas para a profissão, embora mesclam requisições tradicionais com novas demandas, abrem outras possibilidades de trabalho (KRUGER, 2010; MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Costa (1998) demonstra que as mais importantes demandas que chegam para os assistentes sociais no campo sanitário derivam das contradições presentes no SUS, que se relacionam ao confronto entre a cultura institucional tradicional e o desafio de reorganização dos serviços para adaptar-se às exigências legais de garantia do acesso universal e integral:

no contexto de desenvolvimento do SUS, as dificuldades de absorver as reais necessidades dos usuários, sobretudo as que se relacionam às péssimas condições de vida da população, agravadas com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, terminam demandando a institucionalização de ações e ocupações voltadas para atender tais problemas, que, se não forem imediatamente enfrentados resultam em mortes, sequelas, iniquidades e denúncias que afetam a imagem e o reconhecimento do SUS. Tais

necessidades, em geral, constituem demandas ao serviço social no cotidiano do SUS, na maioria das vezes requerendo mediações de natureza intersetorial¹⁸⁰ (COSTA, 2010, 139).

Neste cenário, as demandas não consideradas pelos demais sistemas e serviços sociais, aquelas não percebidas ou recusadas pelos demais profissionais de saúde, bem como as não previstas nos procedimentos autorizados são colocadas para ou assumidas pelo Serviço Social (COSTA, 2010).

Soares (2010) discorre que o cenário atual da contrarreforma (anteriormente caracterizado) coloca requisições específicas para o trabalho em saúde, inclusive para o Serviço Social, “(...) seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, seja porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista (SOARES, 2010a, p.17). Destarte, a analista em foco agrupa tais demandas em três grandes áreas:

1. Demandas que se referem mais diretamente à tendência de predomínio da assistência fragmentada, precarizada e focalizada da política e à **emergencialização da vida e contenção da demanda**, fundamentalmente de natureza assistencial/emergencial. Ocorrem seja na atuação direta em emergências e urgências, seja em plantões de Serviço Social, ou mesmo qualquer ação/atividade que se caracterize como assistencial ou de âmbito imediato/emergencial, incluindo a atenção básica. Elas são as predominantes no Serviço Social e, dado ao seu crescimento exponencial, vêm limitando de forma preocupante a amplitude das ações profissionais;
2. Demandas relacionadas à tecnificação/assessoria à gestão: quando o profissional é requisitado de diversas formas para assessorar, contribuir com o planejamento, com a definição de metas e/ou de normatizações; realizar estudos de demandas e serviços no interior da unidade de saúde, a capacitar de acordo com as novas regras/normatizações, contratualizações; trabalhar na pactuação interna e/ou externa, enfim, toda a ação que envolva a atuação direta ou indireta do profissional para contribuir com a implementação das “inovações” técnicas/ tecnológicas no âmbito da gestão;
3. Demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema, num processo que reproduz a repolitização conforme concebida na racionalidade da contrarreforma, com o

¹⁸⁰ “A rigor, as demandas que, com frequência, chegam ao Serviço Social, que exigem articulações intersetoriais, em geral envolvem necessidades de saúde que carecem de urgente articulação com os sistemas de Assistência Social; Trabalho, Previdência Social e Seguro Social; Sociojurídico e Defesa Social, dentre outros. Também revelam não só as suas iniquidades, fragilidades, mas a necessidade e importância de aprofundar o conhecimento sobre as mesmas, problematizá-las, sistematizá-las, publicizá-las, debatê-las política e tecnicamente” (COSTA, 2010, p.223).

objetivo de apaziguar conflitos, difundir um modo de vida relacionado ao “possibilismo”, sem lutas sociais e sem direitos garantidos, flexibilizando-se os direitos da saúde e os direitos sociais como um todo, estimulando, direta ou indiretamente, a adesão, o consenso e o consentimento em torno das mudanças implementadas (SOARES, 2010, p.186 – grifos originais).

De acordo com Bravo e Matos (2006), as demandas privatistas para a profissão têm sido traduzidas em requisições por seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Contraditoriamente, porém, as demandas do novo modelo de atenção também se anunciam no cotidiano profissional. Destarte, segundo Bravo e Matos (2006), o projeto da RSB apresenta como demandas que o assistente social se volte para a busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, para um atendimento humanizado, para a busca de estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, de interdisciplinaridade, de ênfase nas abordagens grupais, de acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Destarte, para planejar e efetuar um trabalho competente e crítico na área da saúde, o profissional necessita, de acordo com os Parâmetros (CFESS, 2009),

- A. estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela **real efetivação do SUS**;
- B. conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os **determinantes sociais** que interferem no processo saúde-doença;
- C. **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;
- D. buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a **interdisciplinaridade** da atenção em saúde;
- E. 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;

- F. 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;
- G. 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;
- H. 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 o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, p.28 – grifos nossos).

Pelo exposto, é nítida a preocupação do projeto profissional crítico em ultrapassar a ideia do Serviço Social como paramédico, demarcando seu significado como profissional de saúde. Além disso, o documento defende uma atuação profissional que se debruce sobre as necessidades das classes populares, conforme preconizado também pela RSB.

Consoante tal compreensão, segundo os Parâmetros, o profissional de Serviço Social, em ações necessariamente articuladas com outros segmentos (de profissionais, gestores ou usuários) que defendam o SUS, deve ter por norte a tessitura de estratégias que busquem a criação ou consolidação de ações que visem o direito à saúde. Assim, os Parâmetros colocam que

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização das/os trabalhadoras(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (CFESS, 2009, p.19).

Em relação ao exercício profissional, os Parâmetros (CFESS, 2009) colocam que a atuação de assistentes sociais na saúde se dá em quatro grandes eixos, que se articulam e podem ser efetivadas nos distintos espaços ocupacionais:

- 1) atendimento direto aos usuários;

- 2) mobilização, participação e controle social;
- 3) investigação, planejamento e gestão;
- 4) assessoria, qualificação e formação profissional.

O documento define que o primeiro eixo atravessa os diversos espaços de atuação profissional na saúde, nas distintas redes de atenção, e adquire materialidade na estrutura da rede de serviços. Nesse eixo estão incluídas as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.

As primeiras constituem as principais demandas para assistentes sociais nos serviços de saúde, em decorrência tanto das contradições criadas pela contrarreforma da saúde, quanto das condições reais de vida dos usuários. O texto alerta que as ações socioassistenciais devem ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, assim como ter uma “(...) direção socioeducativa pro meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde” (CFESS, 2010, p. 41). Além disso, prossegue o documento, as/os assistentes sociais precisam ter claras suas atribuições e competências, com base nas demandas apresentadas pelos usuários, nos dados epidemiológicos e nas possibilidades do trabalho coletivo.

Sobre as ações de articulação com a equipe de saúde, os Parâmetros destacam a importância da interdisciplinaridade, chamando a atenção para as contribuições do(a) assistente social para o trabalho sanitário, por possuir “(...) 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 (...) dos demais trabalhadores de saúde” (CFESS, 2010, p.44).

Em relação às ações socioeducativas, são definidas como “(...) orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (CFESS, 2010, p.52). Neste sentido,

O seu enfoque abrange diversos aspectos: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados

pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2009, p.33).

O documento em tela apregoa que as ações socioeducativas devem ultrapassar o simples fornecimento de informações que visem meramente à adesão dos usuários: devem objetivar a construção de uma nova cultura, assim como dar ênfase à participação dos usuários e à busca da tessitura de estratégias coletivas, na lógica da construção da consciência sanitária, conceito caro à RSB, que aponta para a busca de uma contra-hegemonia.

O CFESS (2010), citando Berlinguer (1978), afirma que a consciência sanitária é tida como o assumir da consciência de que a saúde é um direito do indivíduo e também um direito da comunidade. “Como este direito é sufocado e este interesse descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo” (CFESS, 2009, p.55). Na mesma perspectiva, Rosado (2011) acrescenta que a consciência sanitária é

(...) entendida como a apropriação de informações e conhecimentos acerca dos múltiplos determinantes do processo de saúde e adoecimento, dos impactos da organização social da produção nas condições de saúde, da forma de organização da política de saúde, bem como dos mecanismos de participação da população no planejamento, gestão e avaliação do SUS (ROSADO, 2011, p. 6).

O segundo eixo do trabalho de assistentes sociais na saúde (o da mobilização, participação e controle social), é definido nos Parâmetros como aquelas ações que se direcionam

(...) para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p.55).

O terceiro eixo - o da investigação, planejamento e gestão -, segundo o CFESS (2010), abrange as ações que visam à consolidação da gestão democrática e participativa, que possam gerar, a partir do trabalho em equipe e da intersetorialidade, propostas que objetivem uma gestão direcionada para os interesses de usuários(as) e trabalhadores(as), tendo como norte a garantia dos direitos sociais.

O último eixo, que envolve a assessoria, qualificação e formação profissional, contem atividades voltadas para o aprimoramento profissional, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. “Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria” (CFESS, 2010, p. 61).

Nessa perspectiva, Vasconcelos (2007) demonstra que as/os assistentes sociais vêm se destacando, no interior das equipes de saúde, por aglutinar sujeitos na defesa dos princípios do SUS. Kruger (2010) destaca as contribuições das/os citados profissionais para o trabalho interdisciplinar. Silva (2002) menciona a contribuição de assistentes sociais no sentido da viabilização da participação das/os usuárias/os nos serviços de saúde, bem como no incentivo ao controle social. Silveira e Silva (2006) tratam do importante papel do(a) assistente social nas ações de educação em saúde.

Não obstante, a tônica do trabalho profissional parece não caminhar majoritariamente nessa direção: Soares (2010a) considera que o exercício profissional é marcado pela constante necessidade de responder às demandas assistenciais/emergenciais, em detrimento das demandas de outra natureza, como no campo da educação em saúde, do controle social, da assessoria.

Vasconcelos (2006) avalia que as/os assistentes sociais vêm se submetendo acriticamente às exigências institucionais, organizada segundo a lógica do plantão¹⁸¹, o que tem gerado um trabalho marcado pela passividade, pelo atendimento à demanda espontânea, desencadeando ações imediatas, assistemáticas, como fim em si mesmas, pautadas predominantemente na abordagem individual e se constituindo, enfim, em uma ação burocrática.

Costa (2010) afirma que, na realização do trabalho do(a) assistente social, a maior parte das atividades requerem articulações intersetoriais. No entanto, como sabemos, a

¹⁸¹ Amador (2009, p.128) esclarece que o plantão pode adquirir dois significados: como a “(...) forma como as assistentes sociais organizam seu tempo de trabalho para dar respostas às demandas que são dirigidas ao Serviço Social, ou seja, atendem os usuários individualmente, identificam a demanda e dão respostas a partir da presença/ausência de recursos institucionais disponíveis” ou a maneira como “(...) os assistentes cumprem a carga horária exigida pelo contrato de trabalho com a instituição empregadora: cumprimento da carga horária, diariamente (quatro, seis ou oito horas diárias de trabalho ou em ‘plantões’ de 12/36 ou 24/72) acompanhando o movimento de outras categorias na saúde, principalmente médicos plantonistas e a equipe de enfermagem, que cumprem a carga horária dessa forma, com folgas intercaladas. Nesse caso, o cumprimento da carga horária nesses moldes facilita e incentiva o duplo ou até triplo vínculo de trabalho para os assistentes sociais” (AMADOR, 2009, p.128). Vale esclarecer que Vasconcelos (2006) se refere ao primeiro significado.

intersectorialidade não se constitui em uma diretriz da política sanitária, nem mesmo das demais políticas sociais. Isso não impede, contudo, que as demandas de caráter intersectorial se manifestem no cotidiano institucional (COSTA, 2010).

Neste contexto, para responder às demandas institucionais e dos usuários, o(a) assistente social atua comumente de maneira emergencial, desenvolvendo “(...) articulações intra/intersectoriais para suprir necessidades sociais básicas que afetam diretamente a saúde dos usuários, dentro e fora do sistema de saúde (COSTA, 2010, p.204). Assim, distante de se configurar como uma diretriz da política, a intersectorialidade se erige como uma **atividade** profissional, a depender da atuação individual de cada assistente social.

(...) a intersectorialidade não constitui uma efetiva diretriz política, planejamento e práticas em saúde no contexto do SUS. Ao contrário, se reduz a ações emergenciais, muitas vezes improvisadas, não consideradas como objeto de atuação da maioria dos profissionais da equipe de saúde. Por isso, as principais necessidades de saúde que requerem abordagem intersectorial são respondidas com atividades dirigidas a indivíduos, caso a caso. E, dessa forma, vêm sendo assumidas pelos assistentes sociais como atividade e não como diretriz estratégica (COSTA, 2010, p.206).

A citada analista mostra que, embora limitados a ações imediatistas, repetitivas, burocráticas, o(a) assistente social tem tecido elos – invisíveis - de acesso aos direitos, que visam construir, pelos caminhos mais tortuosos, a integralidade na atenção.

Neste cenário, no cotidiano institucional, Vasconcelos (2006) alerta que, por vezes, as demandas que vão além do controle burocrático dos serviços – como por educação em saúde, prevenção, participação no controle social, entre outras - ficam secundarizadas/negligenciadas pelas equipes de saúde, incluindo o assistente social: são necessidades que, subjacentes às requisições dos usuários, não estão explícitas e necessitam de teoria para serem identificadas: “Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na “queixa” e/ou “problema”, expresso e/ou manifestado pelos usuários” (VASCONCELOS, 2006, p.10).

Sob outro ângulo, a autora denuncia que algumas das demandas apresentadas pelos usuários são consideradas individuais ou particulares, porque assim se manifestam. Contudo, são coletivas – e assim devem ser enfrentadas – posto que associadas às condições de vida da população.

Dessa forma, o trabalho do assistente social não deve se pautar somente na demanda colocada pelo espaço sócio-ocupacional, “mas da releitura profissional crítica dessa demanda, mediada pelos princípios que regem seu projeto profissional e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS)” (CAMARGO, 2009, p.141). Isso é fundamental, como se destacou em momento anterior, para “dissecar” as reais necessidades subjacentes às demandas, bem como para a construção de respostas que considerem as necessidades das classes populares. Em nossa análise, ao se partir da perspectiva da RSB dos anos 1980, uma das necessidades a que os serviços de saúde precisam responder é a da promoção da saúde.

O debate sobre a PS, no entanto, não vem sendo travado de maneira aprofundada em nossa profissão e a discussão sobre sua relevância para o exercício profissional ainda é bastante incipiente, como veremos a seguir.

3.7 SERVIÇO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como mostramos, é indiscutível que a concepção ampliada de saúde e o novo modelo de atenção dela resultante, que ultrapassa os tradicionais esquemas de prevenção e cura, dão espaço para “(...) um campo abrangente de práticas de distintas disciplinas voltadas à **promoção da saúde**, esta acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção á saúde proposto pelo SUS¹⁸²” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.224 – grifos nossos). A partir de tais considerações, estas autoras assumem a hipótese, por nós endossada,

(...) de que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da **promoção da saúde**, notadamente no eixo da **intersectorialidade**, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.21 – grifos nossos).

Nesta perspectiva, as indicações de Carvalho e Ceccim ([s.d.]) (incorporadas por Lanza, Campanucci e Baldow, 2012) podem contribuir para pensar o Serviço Social no âmbito da saúde e enfrentar alguns dilemas quanto à atuação profissional na área.

Isso porque, apesar dos avanços legais e da profissão nos últimos anos, a resignificação do estatuto do Serviço Social na saúde, anteriormente indicada, não é um processo consensual.

¹⁸² Conforme percebemos nas afirmações das autoras em foco, a referência não é á NPS, mas a PS pensada nos marcos da RSB.

Expressão disso é que o reconhecimento oficial do(a) assistente social como profissional sanitário é palco de questionamentos, tanto no campo sanitário em geral, quanto no interior do próprio Serviço Social. Assim, à vezes, o assistente é referido como de “outras áreas” (a exemplo de Schraiber e Peduzzi, 1999); outras vezes, como “profissional da assistência”¹⁸³. Além disso, comumente, nos serviços de saúde, ocorre a dificuldade, por parte das/os demais profissionais, de compreender o papel do Serviço Social no trabalho em saúde (CASTRO; OLIVEIRA, 2011; CFESS, 2010).

Consideramos que isso decorre da conjunção de alguns elementos: seja porque não atua na assistência direta à enfermidade; seja porque, como menciona o CFESS (1999), não é profissional exclusivo da saúde, podendo atuar nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a da saúde; ou ainda porque, sob a égide do ideário biomédico a relevância de seu trabalho não é reconhecida pelos demais profissionais. Nesta direção, Costa (1998) afirma que

(...) o modelo médico-hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades da clínica médica curativista individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por este modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogas/os e em certa medida psicólogas/os (COSTA, 1998, p.138 – grifos nossos).

Em nossa compreensão, a atribuição de um significado subalterno ao Serviço Social na saúde tem a ver também com a concepção de saúde e o embate entre os projetos sanitários (e societários) nos serviços de saúde; com a direção do processo coletivo de trabalho; e também com o próprio perfil do trabalho do(a) assistente social, que abrange tanto suas concepções de saúde e de sociedade, quanto suas ações.

Não podemos deixar de mencionar que, em relação ao lugar do Serviço Social na saúde, Bravo (2006) e o CFESS (2010) colocam a existência de algumas expressões do

¹⁸³ Mattos (2013) tece algumas importantes considerações sobre o tema, ao argumentar que a política da assistência social é uma resposta fragmentada às múltiplas expressões da questão social, não o “fundamento” do Serviço Social. Neste sentido, embora seja necessária a interface com a assistência social, é fundamental ao assistente social que trabalha na saúde o domínio acerca da política de saúde e de seus serviços (MATTOS, 2013). O autor também menciona que os serviços de saúde colocam demandas específicas para os(as) assistentes sociais, relacionadas aos “problemas” sociais que atingem os(as) usuários(as), configurando, portanto, uma necessidade a partir da qual se estrutura esse espaço ocupacional.

conservadorismo no debate profissional. A primeira é a adoção, por assistentes que realizam formação em saúde pública, da autorrepresentação de “sanitaristas”, desconsiderando sua identidade como assistentes sociais. A segunda seria a busca por uma especialização nas diferentes áreas da medicina, através da criação de entidades ou fóruns de capacitação, o que restringe a concepção e a atuação profissional, além de reforçar a fragmentação, afrontando a ideia da integralidade. A terceira seria a disseminação de uma vertente denominada “Serviço Social Clínico”, que propõe a terapêutica como um dos atributos do exercício profissional do(a) assistente social, o que implica numa “(...) tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho” (CFESS, 2009, p.26).

A existência desses “dilemas” profissionais, em nossa avaliação, tem a ver com a compreensão acerca do objeto e objetivos do trabalho do(a) assistente social na saúde, discussão para a qual a PS, associada ao ideário da RSB dos anos 1980, pode contribuir. Vejamos.

Carvalho e Ceccim ([s.d.]) afirmam que as Ciências da Saúde¹⁸⁴ configuram a Grande Área da Saúde, formada, de um lado, por um conjunto de profissões que tem seus núcleos¹⁸⁵ de competências nas práticas da assistência; de outro lado, estaria aquele conjunto de profissões cujos núcleos integrariam práticas de **promoção da saúde**.

A imprecisão de limites entre os dois grupos ou destes com outros grupos profissionais se relaciona com a amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde ou de necessidades de saúde (CARVALHO, CECCIM, [s.d.], p.20).

Entre as profissões cujo núcleo de competência é voltado para a PS está o Serviço Social¹⁸⁶. Percebemos, assim, que alguns profissionais de outras áreas (especialmente alguns(as)

¹⁸⁴ "Inicialmente cabe ressaltar que não há consenso no meio acadêmico-científico a respeito da composição das “Ciências da Saúde”. Almeida Filho (2000) é enfático ao escrever que várias ciências contemporâneas se apresentam como “da saúde”, mas são ciências “da doença” na medida em que as disciplinas que se pretendem constituintes do campo da saúde não constroem modelos de saúde que considerem a complexidade dos processos relativos ao sofrimento, à dor, ao cuidado e à vida, ou seja, o paradigma que rege as áreas da saúde está distante daquele que padece” (CARVALHO, CECCIM, [s.d.], p.20).

¹⁸⁵ As afirmações dos autores nos remetem aos conceitos de núcleo e campo, conforme formulado por Campos (2000, apud VASCONCELOS et al, 2010): núcleo diria respeito à identidade de uma área de saber e de prática profissional; e campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

¹⁸⁶ Conforme indicamos na introdução desse trabalho, em nossa experiência junto à Estratégia Saúde da Família, num contexto de busca de mudanças no modelo de atenção à saúde em nível local, a justificativa para a inserção

daqueles(as) comprometidos com os princípios da RSB dos anos 1980) apontam que as contribuições do Serviço Social para o SUS necessariamente passam pelo campo da PS.

Notamos, porém, que essa acepção não está amadurecida nas discussões de nossa área. Inclusive no principal documento de referência para o trabalho do(a) assistente social no SUS, que são os Parâmetros (CFESS, 2010), a PS aparece mencionada algumas poucas vezes. Reproduzimos abaixo os trechos nos quais ela é citada em associação ao exercício profissional:

A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e **promoção da saúde**, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores (p.22 – grifos nossos).

No desenvolvimento de ações socioeducativas pelos assistentes sociais, destacam-se as seguintes atividades: sensibilizar os usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, **promoção da saúde** e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos (p.34 – grifos nossos).

Apesar dos assistentes sociais não terem sua inserção prevista na equipe mínima da ESF, vem sendo demandados e incorporados às equipes de vários municípios brasileiros para atuarem na mobilização e sensibilização da população usuária da saúde bem como para a realização de ações socioeducativas e intersetoriais, contribuindo dessa forma para a **promoção da saúde**. (p.35 – grifos nossos).

Em nossa análise, a PS aparece de forma periférica no documento e seu conceito não é analisado, sendo tomado na perspectiva presente na Constituição Federal, ou seja, como um tipo de ação a ser realizado nos serviços de saúde, embora no último excerto indique uma compreensão mais ampliada.

É pertinente tentarmos traçar algumas considerações sobre a distinção entre assistência, prevenção e promoção da saúde no exercício profissional do(a) assistente social. Para tanto, nos apoiamos inicialmente das reflexões de Mattos (2004), ao discutir a integralidade na atenção à saúde. Ele diferencia a lógica da prevenção daquela da assistência. Esta seria demandada a partir de uma experiência de sofrimento e da compreensão de que este poderia ser amenizado num serviço de saúde. Isso configuraria, segundo o autor, a demanda espontânea. Já as ações

do Serviço Social nas equipes básicas era exatamente a contribuição da profissão para a PS.

preventivas se adiantam à vivência do sofrimento individual, intervindo ainda no “(...) silêncio dos órgãos” (MATTOS, 2004, p.1413), sendo possível a partir dos conhecimentos dos profissionais acerca do adoecimento, o que possibilita antever os riscos. Isso implica que os serviços adotem, no processo coletivo de trabalho, dispositivos e estratégias que não se voltem apenas para a demanda espontânea, mas busquem evitar a doença. Neste sentido, uma abordagem pautada na integralidade se evidencia na capacidade das/os profissionais responderem ao sofrimento explicitado, vinculada à oferta de ações e procedimentos preventivos.

A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. De outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro (MATTOS, 2004, p.1414).

Destarte, a prevenção, ainda que importante para a integralidade em saúde, não toma como fundamento o conceito ampliado em saúde, mas busca evitar ou mitigar o **adoecimento**.

Ao tomar como referência o trabalho do(a) assistente social, podemos pensar, em linhas bem gerais, que a demanda por assistência aparece principalmente na grande requisição por ações socioassistenciais por parte de usuários e unidades de saúde. Estas envolvem, de acordo com o CFESS (2010, p.40), as requisições relacionadas a

(...) solução quanto ao atendimento nas unidades de saúde (...); reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou não atendimento (...); não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento (...); desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde (...); agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção.

Aí incluímos também as demandas relacionadas à violação de direitos de crianças e adolescentes, idosos, mulheres, etc., que muitas vezes requerem a realização de encaminhamentos, de articulações intersetoriais com a rede de serviços ou de proteção social.

Já a prevenção aparece tanto na postura individual do(a) assistente social que, norteada pela busca da **integralidade**, visa contribuir para o processo de trabalho da equipe de saúde, atentando para orientar ou encaminhar usuários para procedimentos de prevenção do adoecimento. Em nossa análise, a abordagem preventiva também pode aparecer em atividades de educação em saúde coletivas¹⁸⁷, quando são trabalhadas temáticas que buscam evitar o adoecimento, como é comum em grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, etc. Algumas ações intersetoriais também assumem a conotação de prevenção, como programas ou projetos em parceria com escolas, creches, associações, que também se voltam para evitar o adoecimento, como é o caso de ações relacionadas a temas como a dengue, as DST/AIDS, etc.

Notamos que, não obstante a relevância das ações preventivas em um modelo de atenção ainda impregnado pelo referencial biomédico, seu referencial ainda é a doença. Nas palavras de Czerenia (2009, p. 49), as ações de prevenção

(...) definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Destarte, a prevenção, ainda que configure uma das facetas imprescindíveis para a integralidade em saúde, não toma como fundamento o conceito ampliado em saúde, mas busca evitar ou mitigar o **adoecimento**. Neste sentido, a PS constitui um referencial mais amplo, por ter por perspectiva a produção da saúde, apoiando-se, portanto, no conceito positivo de saúde, conforme Mendes (1996).

A PS, assim, está profundamente relacionada à percepção ampliada das necessidades de saúde, indo além do adoecimento: implica considerar a determinação social da saúde e, sob a lógica da RSB, busca o enfrentamento das desigualdades sociais. Esse processo, ainda que requeira uma atuação em termos da macropolítica, pode ser efetivado também no

¹⁸⁷ Vale mencionar que, em relação a tais atividades coletivas de educação em saúde, Silva e Silveira (2006), em estudo sobre a educação em saúde na prática de assistentes sociais inseridos nas equipes básicas da ESF de Campina Grande/PB, averiguaram que tem ocorrido a “(...) tendência em concentrar as ações educativas no [trabalho do] assistente social. Há o envolvimento de outros profissionais, mas de forma tímida, geralmente no “apoio”, ou até mesmo a frente de algumas atividades, quando conseguem se desvencilhar da demanda clínica (...). Embora seja inegável a sobrecarga de trabalho para alguns profissionais em torno da demanda clínica, como médicos e enfermeiros, o frágil envolvimento dos mesmos com educação em saúde também pode ser indicativo da ênfase na dimensão curativa, ainda muito forte nos serviços” (p.27).

microprocesso de trabalho em saúde, a partir da intervenção das equipes de saúde, ou mesmo das/os profissionais, entre eles(as) o(a) assistente social.

Nesta perspectiva, a PS, sob o ideário da RSB dos anos 1980, poderia contribuir para a configuração do trabalho do(a) assistente social no SUS, colocando-se como um campo prioritário para o exercício profissional. Assim, concebemos que o adensamento da discussão sobre a PS/NPS e sua relação com o Serviço Social, distante de se contrapor aos Parâmetros (CFESS, 2010), pode contribuir para aprofundar o processo de resignificação do trabalho do(a) assistente social na saúde. Isso porque consideramos que, apesar de toda a polissemia do debate promocional, se este for associado ao ideário da RSB dos anos 1980, pode fazer avançar as alterações o trabalho em saúde, processo para o qual o(a) assistente social pode trazer importantes contribuições.

Como já demonstramos, o lugar que a racionalidade hegemônica tem atribuído ao Serviço Social nos serviços de saúde é a assistência direta aos usuários, com conteúdo majoritariamente assistencial/emergencial (SOARES, 2010a). No entanto, as requisições do projeto da RSB e as necessidades subjacentes às demandas dos usuários indicam uma direção muito mais ampla, no sentido da PS.

Nessa política, de acordo com essa racionalidade [hegemônica], o Serviço Social não deve ter grande participação nas ações de promoção e prevenção na atenção básica – como na ESF e NASF –, posto que isso seria não só ampliar a concepção de competências e atribuições desses profissionais, mas, sobretudo, ampliar a própria concepção de política, numa perspectiva coletiva, levando em conta a integralidade, a intersetorialidade com outras políticas sociais e o conjunto de determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença. E isto, sem dúvida, está longe das atuais tendências da política social contemporânea (SOARES, 2010a, p.156).

Além disso, consideramos que o debate sobre a PS, realizado numa perspectiva crítica, traz à tona questões relevantes para a tessitura do trabalho em saúde, inclusive de assistentes sociais. Concomitantemente, pode contribuir para fortalecer a identidade profissional na área, ao contribuir para aprofundar o debate sobre os pressupostos fundamentais para o Serviço Social na área (como indicamos, segundo Miotto e Nogueira, 2009, estes são as necessidades sociais em saúde; o direito à saúde; a produção da saúde).

Deste modo, caminhar no sentido da PS requer necessariamente considerar a determinação social da saúde e traçar estratégias para seu enfrentamento. Requisita a apreensão

crítica das fragmentadas demandas do cotidiano institucional e a tessitura de uma ação racional, planejada, avaliada/monitorada, como vem discutindo autoras como Mioto e Nogueira (2006b; VASCONCELOS, 2006).

(...) Ainda que o trabalho em saúde se configure como uma ação coletiva, no plano profissional específico torna-se necessário um direcionamento racional à ação a ser desenvolvida com vistas a contribuir com o processo coletivo de trabalho, identificando seu espaço ocupacional no interior das equipes. Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretensível valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas. 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 do cumprimento dos objetivos propostos e/ou previstos (MIOTO; NOGUEIRA, 2006b, p.287).

A título de exemplo, podemos mencionar como ações de promoção da saúde aquelas relacionadas à mobilização e organização popular para o enfrentamento das desigualdades de saúde, como as atividades que envolvem movimentos sociais, entidades organizativas de usuários ou conselhos (de saúde, de direitos da criança e do adolescente, etc.) reivindicando, por exemplo, saneamento básico, melhorias na educação pública, geração de trabalho e renda, etc. Atividades de formação política e no campo da assessoria a movimentos sociais podem ser incluídas no rol das ações que apontam para a promoção da saúde, por poderem colaborar para uma intervenção face à determinação social da saúde. Podem ser tidas como atividades direcionadas para a promoção da saúde aquelas que discutem temas como os direitos sociais (direitos da criança e do adolescente, dos idosos, da mulher, dos usuários do SUS, etc.), que visam contribuir para a qualidade de vida das/os usuários. Atividades relacionadas a pesquisas, planejamento ou gestão, bem como à formação profissional também podem contribuir para a PS.

Deste modo, a perspectiva da PS pode ou não estar presente nas ações profissionais, a depender dos referenciais adotados pelos profissionais, dos objetivos propostos, dos instrumentos definidos para alcançá-los, da abordagem realizada, bem como das ações

desenvolvidas, levando-se em consideração que devem ser atividades que se voltam não para o adoecimento, mas para a produção da saúde.

Aqui é importante lembrar que o desenvolvimento de ações preventivas – coletivas ou individuais – ou de promoção da saúde não implica necessariamente uma abordagem progressista, mas, dependendo do perfil pedagógico nelas impresso, podem se configurar nessa direção ou com roupagens conservadoras, até porque seus próprios referenciais são, em si, contraditórios, como vimos na discussão sobre a NPS. Neste sentido, algumas vezes atividades desenvolvidas sob a etiqueta da prevenção ou da promoção da saúde podem correr o risco de cair na perspectiva do higienismo ou de outras abordagens normativas, que se voltam para

(...) a imposição de normas de comportamentos por elas considerados adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de ‘toca boiada’, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isso, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça) (VASCONCELOS, 2001, p.14 apud SILVA; SILVEIRA, 2006, p. 9).

Por outro lado, conforme as analistas em foco, as ações profissionais também podem ultrapassar a abordagem tradicional, das práticas adaptativas dos comportamentos, adotando um caráter político de intervenção na determinação social da saúde, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária, de uma contra-hegemonia.

Cumprido destacar que, a despeito de uma concepção que toma a PS como um nível de atenção à saúde, portanto restrito à APS, defendemos que a relevância da adoção do debate promocional pelas/os assistentes sociais não se limita ao espaço dessa rede de atenção, ainda mais considerando que o lugar que o Serviço Social ocupa no SUS é majoritariamente às redes de atenção secundária e terciária. Como tratamos em capítulo anterior, a PS, na perspectiva da RSB dos anos 1980, pode ser entendida como uma lente a orquestrar o trabalho em saúde, nos distintos espaços ocupacionais. Isso porque as “(...) diretrizes da política [do SUS] referenciam a participação social, a educação em saúde, a educação continuada, a promoção da saúde, que podem também ser realizadas nesse espaço [nível secundário ou terciário] e não apenas exclusivamente na atenção básica” (SOARES, 2010a, p.130).

Mattos (2004) defende que, em qualquer nível (ou rede) de atenção à saúde deve existir uma conexão entre a lógica da prevenção e da assistência e, acrescentaríamos, da PS, “(...) de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde

(MATTOS, 2004, p.1413).

Esta concepção é endossada por Guedes e Castro (2009, p.6), que afirmam que “(...) todos os níveis de atenção guardam possibilidades salutaras de promoção da saúde enquanto qualidade de vida e direito ao cidadão”. As autoras discutem a realidade dos hospitais, afirmando que os mesmos podem se constituir em espaços de prevenção e promoção da saúde. Deste modo, “optar por um modelo de assistência usuário-centrado é cultivar nas instituições de saúde, espaços coletivos de problematização, delineamento de diretrizes, exercício da referência e contrarreferência, escuta atenta do usuário, dentre outras” (GUEDES; CASTRO, 2009, p.7).

Em nossa aceção, o adensamento da discussão sobre a PS no Serviço Social pode contribuir na discussão da determinação social da saúde, das estratégias da PS e à busca, a partir da consideração do conteúdo das demandas institucionais, dos usuários, delinear e propor atividades ações que caminhem no sentido da Reforma Sanitária requisitada pelo MRS nos anos 1980.

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO ACADÊMICA

Neste capítulo apresentamos os resultados da pesquisa bibliográfica que realizamos, com o objetivo de analisar as interfaces entre a Promoção da Saúde e o Serviço Social na produção teórica da nossa área.

Para tanto, inicialmente discorremos acerca dos procedimentos metodológicos adotados. Em seguida, contextualizamos a produção teórica do Serviço Social (especialmente as fontes de nosso estudo), apresentando o perfil específico da produção sobre a saúde. A seguir analisamos como a discussão da Promoção da Saúde (PS) reverbera na profissão, tratando das repercussões da Nova Promoção da Saúde (NPS), assim como das nuances do debate promocional na área, que abrangem seja a integralidade - aí incluindo a intersectorialidade -, a educação em saúde, ou mesmo a prevenção. Examinamos também a referência à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) nos textos da área, bem como a discussão sobre a relação entre a PS e o Serviço Social.

4.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Conforme sinalizamos, adotamos como instrumento para coleta dos dados a pesquisa bibliográfica, definida por Gil (1989), como aquela desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos.

É importante indicar que, de acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), embora a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental sejam muitas vezes utilizadas como sinônimos, é possível estabelecer distinções entre elas: enquanto a segunda seria caracterizada pelo tratamento de documentos que não receberam nenhum tratamento analítico (como jornais, revistas, filmes, gravações, etc.), a pesquisa bibliográfica seria justamente

(...) uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora ela [OLIVEIRA, 2007] pontua que é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (p. 69). Argumenta que a principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar aos pesquisadores e pesquisadoras o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema em estudo: “o mais importante para quem faz opção pela pesquisa bibliográfica

é ter a certeza de que as fontes a serem pesquisadas já são reconhecidamente do domínio científico” (p. 69) (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 5).

Cumprir registrar também que a pesquisa bibliográfica se distingue da revisão de literatura, que se constitui em pré-requisito para qualquer estudo, conforme demonstram Miotto e Lima (2007). Segundo estas autoras, a primeira requisita um conjunto ordenado de procedimentos, considerando o objeto sobre o qual se pretende debruçar. As analistas recomendam a produção de um roteiro para análise dos textos (que mencionaremos mais adiante). Tal roteiro deve estar diretamente relacionado aos objetivos da pesquisa, bem como ao aporte teórico-metodológico adotado e deve ter a finalidade de proceder a um exame minucioso das obras selecionadas, ocorrendo sua aplicação separadamente em cada obra, sendo que seu preenchimento acontecerá sempre após a referida sequência de leituras para o levantamento das informações" (LIMA; MIOTTO, 2007, p.5).

Além disso, com base em Salvador (1976), as autoras citadas reportadas indicam a necessidade de definir alguns parâmetros para escolha dos textos a serem analisados: o temático, o linguístico, o cronológico e as principais fontes.

No nosso caso, visando mapear/identificar como a temática da Promoção da Saúde vem sendo tratada na área, definimos os textos e documentos que discutem o Serviço Social no campo da saúde. Considerando as especificidades da profissão no Brasil, principalmente em virtude dos avanços do PEP, as obras analisadas estavam no idioma português.

A princípio definimos quatro fontes principais:

- 1) Documentos que mencionem o Serviço Social na Saúde, abrangendo desde aqueles relativos à legislação quanto os elaborados pelas entidades representativas da categoria;
- 2) Livros e capítulos de livros que envolvam a discussão sobre o tema, priorizando as autoras que atualmente são de referência na área.
- 3) Artigos publicados em periódicos da área;
- 4) Textos publicados nos anais de um dos eventos da área: o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS).

Quanto aos dois primeiros, durante a coleta e análise dos dados, percebemos a dificuldade de uma análise comparativa entre eles e os artigos de periódicos ou CBAS, em virtude das diferenciações entre a densidade e tamanho dos textos. Concomitantemente,

consideramos que tanto os livros quanto os documentos poderiam contribuir muito mais para a análise dos achados da pesquisa, do que resultou sua não inclusão nos dados coletados¹⁸⁸.

Sobre os terceiros (os periódicos), a proposta era nos voltarmos para aqueles vinculados aos cursos de Serviço Social (e também aqueles que, ainda que relacionados a editoras comerciais, tivessem grande circulação, como é o caso da Revista Serviço Social e Sociedade), indexados na web e que tivessem maior divulgação na categoria.

Tendo como norte tais parâmetros, tomamos como base para escolha dos periódicos a lista Qualis de publicação da CAPES (2012). Foram selecionados quinze (15) revistas de circulação internacional, nacional e regional (com classificação A e B¹⁸⁹), abaixo listados:

- 1) Argumentum
- 2) Em Pauta
- 3) Emancipação
- 4) Katálysis
- 5) Libertas
- 6) Praia Vermelha
- 7) Revista de Políticas Públicas
- 8) Ser Social
- 9) Serviço Social e Realidade
- 10) Serviço Social e Saúde
- 11) Serviço Social e Sociedade
- 12) Serviço social em Revista
- 13) Sociedade em Debate
- 14) Temporalis
- 15) Textos e Contextos

Em relação aos anais dos CBAS, cumpre registrar que tal congresso é organizado pelo Conjunto CFESS/ CRESS, em articulação com a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) e a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) e se constitui no mais importante fórum da categoria no Brasil (MATOS, 2000), ocorrendo a cada três anos. A ideia de incluir tal evento em nosso estudo, em lugar dos Encontros Nacionais de Pesquisadores de Serviço Social (ENPESS), por exemplo, adveio do

¹⁸⁸ A princípio tínhamos definido, para análise desse material, a pesquisa documental que, com o redimensionamento referido, acabou não sendo usada em nosso estudo.

¹⁸⁹ É importante situar que, em virtude da não disponibilização digital dos exemplares até o momento da coleta de dados, bem como de inexistência na biblioteca da UFPE, houve impossibilidade de acesso até mesmo ao sumário de dois periódicos, que ficaram de fora de nossa amostra: “O social em questão” (classificada como B3) e os “Cadernos UFS – Serviço Social” (classificado como B5).

fato de que, nos CBAS, tanto há apresentação de resultados de pesquisas acadêmicas, quanto sistematização/socialização de experiências de trabalho de assistentes sociais vinculados (as) aos serviços de saúde, o que nos possibilita uma maior amplitude no acesso ao debate profissional.

Para levantamento dos artigos junto aos anais dos congressos em tela, definimos aqueles inscritos nos eixos temáticos Seguridade Social (Saúde) ou trabalho profissional (no campo sanitário). Após sondagem dos trabalhos envolvendo Saúde e Serviço Social, como partíamos da suposição de que o conceito de promoção da saúde não vinha sendo muito trabalhada na profissão, o nosso planejamento era elegermos alguns termos-chave para escolha dos artigos, que tivessem em seu título ou resumo algum dos elementos que estão envolvidos na conceituação da PS (como participação social, Intersetorialidade, Educação em saúde, Trabalho, prática ou exercício profissional na saúde e PEP). Contudo, como mostraremos a seguir, tal ideia foi redimensionada.

Em termos de parâmetro cronológico, a ideia exordial era analisar a produção teórica desde os anos 1990, buscando os artigos que tratassem de saúde ou de serviço social e saúde. Contudo, dois elementos levaram a uma redefinição do inicialmente proposto. Vejamos.

O primeiro foi a quase inexistência de artigos cujos títulos tivessem o termo “promoção da saúde”, tanto nos periódicos quanto nos anais. No levantamento que realizamos nos “títulos” dos artigos publicados anais dos CBAS, dos sete (7) eventos que aconteceram período de 1990 a 2010 (inicialmente previsto para ser o recorte temporal da pesquisa), de um total de quatro mil, quinhentos e oitenta e três (4.583) artigos, dos quais seiscentos e quatorze (614) abordavam alguma temática relacionada à saúde, apenas cinco (5) tem a expressão PS (sendo um em 1992, um em 2004 e três em 2010). A realidade é semelhante nos periódicos, pois de todos pesquisados, nos quais constam cento e sessenta e quatro (164) textos relativos à área sanitária, apenas um título refere exatamente à expressão PS. Vale mencionar que, embora alguns artigos discutam questões envolvidas com a PS, como “intersectorialidade”, “cultura da paz”, “envelhecimento ativo”, não fazem referência direta à discussão da saúde.

O segundo elemento que nos levou à citada redefinição foi consequência do primeiro: um grande volume de artigos que se voltavam para os termos centrais que nos propusemos a estudar, sem que se debruçassem diretamente para a PS. Neste quadro, resolvemos delimitar o

recorte temporal para o período posterior à publicação da PNPS, em 2006, que deu visibilidade ao tema no cenário nacional.

Tais redefinições nos levaram a priorizar dois tipos de textos:

- 1) Os que tivessem o termo PS no título;
- 2) Os que se voltassem para a discussão do Serviço Social nos diversos espaços ocupacionais da política de saúde.

Com a nova delimitação, foram analisados os anais dos CBAS dos anos 2007 e 2010, assim como os artigos de periódicos a partir de 2006, perfazendo um total de cento e doze (112) textos¹⁹⁰. Destes, setenta e três (73) são dos CBAS e trinta e nove (39) dos periódicos.

É imprescindível anotar que, diante do fluxo irregular de atualização de alguns periódicos (que possuíam edições pendentes dos anos anteriores) e da necessidade de encerrar a coleta dos dados, não pudemos aguardar a imprevisível atualização dos sítios. Assim, definimos o prazo final da coleta dos dados o dia 15 de abril de 2012, não sendo incluídas as atualizações realizadas depois deste período.

Seguimos a indicação de Lima e Miotto (2007) de elaboração um roteiro para a leitura dos textos (Apêndice 1), que nos permitiu arrestar as noções/concepções sobre PS/NPS nas produções da área. Tal roteiro sofreu algumas redefinições ao longo da análise dos dados, visando subsidiar uma melhor aproximação da discussão sobre o tema:

A coleta de dados contribui tanto para a melhor definição do objeto de estudo, uma vez que as informações são obtidas provisoriamente, permitindo voltar ao material para se obter informações adicionais, quanto para aprofundar no decorrer da análise os aspectos que ainda se demonstram confusos ou contraditórios. Assim, alguns procedimentos são incorporados **inicialmente** quando da formulação do projeto, de acordo com os objetivos e as propostas teóricas do estudo, mas novos procedimentos poderão ser incorporados **durante** a pesquisa devido a uma série de motivos que obrigam a retificar o caminho ao encontrar dificuldades ou quando as estratégias inicialmente propostas se demonstram inviáveis (MERCADO-MARTÍNEZ, 2004, apud LIMA, 2006, p.90 – grifos nossos).

É essencial assinalar que tal roteiro foi seguido na análise de todos os artigos, propiciando a busca dos itens definidos em todo material pesquisado. No entanto, quando nos debruçamos sobre os textos, percebemos a aridez da tarefa a qual nos tínhamos proposto: o

¹⁹⁰ A listagem dos títulos dos artigos analisados se encontra no Apêndice 2.

objetivo da maioria deles não era tratar da Promoção da Saúde, conforme já mencionamos, e raros documentos usavam a terminologia no título e resumo. É fundamental ainda demarcar que esparsos textos trataram da PS de forma conceitual e teórico-política: embora mencionada por parte considerável das/os autores(as), não é trabalhada de forma conceitual. Isso fez com que nossa análise, embora partisse dos artigos individuais, se voltasse mais propriamente para as tendências gerais do conjunto das publicações da nossa área. Dessa forma, tivemos que identificar quando a PS era citada em cada artigo, buscando “descortinar” não necessariamente o conceito, mas a **noção**¹⁹¹ de PS/NPS e os elementos do debate promocional que pudessem estar presentes nas discussões.

É importante esclarecer que, durante o processo de coleta dos dados, para mapeamento da produção sobre Serviço Social e Saúde, inicialmente seguimos, com alguns ajustes, a “classificação” adotada por Matos (2000)¹⁹². Ao longo da coleta dos dados, no entanto, percebemos que o caminho adotado não daria conta dos objetivos propostos e resolvemos redefinir as linhas temáticas. Como partíamos da suposição de que na discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) a temática da PS/NPS teria maior espaço, elaboramos novos eixos temáticos:

- 1) Promoção da saúde – textos que contivessem discussões sobre PS, independentemente da relação com o Serviço Social;
- 2) Textos gerais sobre Serviço Social e Saúde – artigos que não estivessem necessariamente relacionados a um espaço ocupacional específico, mas tratassem da profissão ou do exercício profissional na saúde;
- 3) Redes¹⁹³ de atenção à saúde e a inserção de assistentes sociais:
 - 3.1. Rede de atenção primária (RAPS¹⁹⁴);

¹⁹¹ Seguimos aqui a indicação presente no texto de Minayo; Hartz; Buss (2000) (quando tratam da expressão qualidade de vida): noção significaria um nível mais elementar de conhecimento; conceito implica uma maior elaboração analítica.

¹⁹² O autor definiu os seguintes eixos de produção teórica na saúde: 1) Patologias; 2) Saúde mental; 3) Política de saúde; 4) Clínicas; 5) Caracterização dos usuários; 6) Assessoria; 7) Movimento social em saúde; 8) Serviço social na área.

¹⁹³ Conforme sinalizamos, não estaremos fazendo uso da terminologia níveis de complexidade, que vem sendo questionada em virtude da concepção de que a APS não é um nível “menos” complexo que o secundário ou terciário, mas faz maior uso de tecnologias “leves” e “leve-duras”, para usar os termos de Merhy (2007). Oficialmente, os níveis de atenção vêm sendo denominados de “redes” de atenção desde a Portaria 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

3.2. Redes secundária e terciária (RST);

3.3. Saúde mental (SM);

3.4. Saúde do trabalhador (ST);

3.5. Saúde suplementar (SS).

Como são textos publicados e amplamente divulgados, não sendo necessário o sigilo, listamos em apêndice os artigos analisados em cada subárea.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo¹⁹⁵, considerada por Bardin (1977, p.44) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva, pela via de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, possibilitando a inferência dos conhecimentos referentes às condições de produção e recepção dessas mensagens. Para a autora em tela, "o analista é como um arqueólogo. Trabalha com **vestígios**: os 'documentos' que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenómenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles" (grifo original).

Neste sentido, de acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo, como jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver, possibilita a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, indo em busca de inferências de conhecimentos referentes às condições de produção do texto: "o conjunto das condições de produção constitui o campo das determinações dos textos" (BARDIN, 1977, p.42). Desse modo, a base da especificidade da análise de conteúdo, segundo a analista em tela, está na "articulação entre: **a superfície dos textos**, descrita e analisada (pelo menos alguns elementos característicos) e os **factores que determinaram estas características**, deduzidos logicamente" (p.42 - grifos originais).

¹⁹⁴ É importante esclarecer que a identificação dos artigos ocorre a partir das siglas de cada subárea temática, acrescida de um número.

¹⁹⁵ É importante situar que embora autores como Minayo (2004) enfatizem que esta é uma técnica caudatária das metodologias quantitativas, analistas como Triviños (1987) defendem que a análise de conteúdo pode ser aplicada tanto na pesquisa quantitativa quanto na qualitativa. Franco (2008, p.10) enfatiza: "são perfeitamente possíveis e necessários o conhecimento e a utilização da análise de conteúdo, enquanto procedimento de pesquisa, no âmbito de uma abordagem metodológica crítica e epistemologicamente apoiada numa concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento".

Franco (2008) destaca que a mensagem expressa um sentido e um significado que não podem ser considerados isolados, mas necessitam estar vinculados às condições socioeconômicas e culturais em que seus sujeitos estão submersos.

Uma crítica realizada à análise de conteúdo, segundo Nogueira ([s.d.], p.9), é que se voltaria somente para “(...) o que aparece na superfície do texto, não adentrando para o não dito, para o implícito, para o subentendido”. No entanto, a própria Bardin (1977, p.41), em obra basilar na discussão sobre a técnica, afirma que, na análise qualitativa, é a existência ou a **ausência** de certa característica (ou conjunto de características) de conteúdo num determinado fragmento de mensagem que é considerado, e não apenas a frequência do mesmo. Triviños (1987) reforça essa perspectiva, ao comentar que o(a) pesquisador(a) não deveria deter sua atenção apenas no conteúdo manifesto dos documentos, mas sim aprofundar sua análise buscando desvendar o conteúdo latente dos textos.

O primeiro [o conteúdo manifesto] pode orientar para conclusões apoiadas em dados quantitativos, numa visão estática e a nível, no melhor dos casos, de simples denúncia de realidades negativas para o indivíduo e a sociedade; o segundo abre perspectivas, sem excluir a informações estatísticas, muitas vezes, para descobrir ideologias, tendências etc. das características dos fenômenos sócias que se analisam e, ao contrário da análise apenas do conteúdo manifesto, é dinâmico, estrutural e histórico (TRIVIÑOS, 1987, p.162).

Outra crítica direcionada à análise de conteúdo, segundo Nogueira ([s.d.]), é que tal técnica objetivaria apenas a descrição e não se voltaria para a interpretação. Porém, na argumentação de Franco (2008, p.16), “a análise e a interpretação dos conteúdos são passos (ou processos) a serem seguidos”. Ela considera que

Se a **descrição** (a enumeração das características do texto, resumida após um tratamento inicial) é a primeira etapa necessária e se a **interpretação** (a significação concedida a essas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário que vai permitir a passagem, explícita e controlada, da descrição à interpretação (FRANCO, 2008, p.16).

A analista em tela enfatiza que a informação puramente descritiva teria um diminuto valor, já que um dado só adquiriria sentido se relacionado a outro dado, cujo liame seria a teoria. “Assim, toda análise de conteúdo implica comparações; o tipo de comparação é dita

pelas competências do investigador no que diz respeito a seu maior ou menor conhecimento acerca de diferentes abordagens teóricas” (FRANCO, 2008, p.30).

Com base em tais concepções, seguimos as fases da análise de conteúdo indicadas por Bardin (1977). A primeira seria a pré-análise, que constitui o momento da organização propriamente dito, objetivando operacionalizar e organizar as ideias. As atividades da pré-análise abrangem: a) a leitura flutuante; b) a escolha dos documentos, que devem seguir as seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência; c) a formulação das hipóteses e dos objetivos; d) a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

A segunda fase consiste na análise do material, que abrange a codificação¹⁹⁶ e a categorização¹⁹⁷ dos dados. A terceira se refere ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação.

Antes de apresentarmos os resultados de nossa análise, situaremos, de forma panorâmica, os traços principais da produção acadêmica de nossa área.

4.2 A PRODUÇÃO ACADÊMICA DA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL

No esforço de localizar os artigos que tivessem alguma relação com a PS/NPS, realizamos um breve mapeamento temático da produção científica da área, já que os artigos analisados fazem parte da mesma.

Como destacamos no 2º capítulo, o Serviço Social vem se consolidando como uma área de produção de conhecimento. Nesse processo, a pós-graduação (que tem obtido espaço junto a CAPES, CNPQ e outras agências de fomento, como mostram Yasbek e Silva, 2005) tem tido um papel fundamental.

¹⁹⁶ “A codificação é um processo pelo qual os dados em bruto são sistematicamente transformados e agrupados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo” (RICHARDSON, 2007, p.233).

¹⁹⁷ “A operação de classificação dos elementos seguindo determinados critérios denomina-se **categorização**” (RICHARDSON, 2007, p. 239 – grifos originais). Franco (2008, p.59) lembra que “formular categorias, em análise de conteúdo, é, via de regra, um processo longo, difícil e desafiante. [...] Esse longo processo – o da definição das categorias – na maioria dos casos implica constantes idas e vindas da teoria, ao material de análise, do material de análise à teoria e pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico. As primeiras, quase sempre aproximativas, acabam sendo lapidadas e enriquecidas, para dar origem à versão final, mais completa e satisfatória”.

Simionatto ([s.d.], apud SILVA et al., 2005) evidencia que a organização e a sistematização de conhecimentos na área obtiveram maior densidade¹⁹⁸ através da constituição de importantes veículos de divulgação, como os Cadernos de Pesquisa CEDEPSS (depois Cadernos ABESS e atualmente Revista Temporalis), que começaram a transitar a partir de meados dos anos 1980 (SILVA et al., 2005). Destaca-se também a Revista Serviço Social e Sociedade, que vem sendo publicada desde 1979 pela editora Cortez e até hoje se constitui num importante marco no desenvolvimento da produção de conhecimentos da área. Na mesma direção se situam as revistas (e outras publicações) vinculadas aos Programas de Pós-Graduação (PPG) (SILVA et al., 2005).

Segundo os dados do último relatório da CAPES (2010), a área possui 27¹⁹⁹ programas de pós-graduação (PPG), distribuídos entre as várias regiões do país:

Tabela 1 - Quantidade de cursos de Pós- graduação em Serviço Social, por Região, Brasil, 2010.

Região	Cursos de PGSS
	Total por Região
	Nº
Sudeste	11
Nordeste	07
Sul	04
Centro-Oeste	03
Norte	02
TOTAL	27

Fonte: elaboração própria

¹⁹⁸ É importante mencionar a existência de significativas publicações que foram significativas para o debate profissional anterior à década de 1980, como os Cadernos e Revistas (Debates Sociais) e os Cadernos Verdes do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS) (NOGUEIRA, 2013).

¹⁹⁹ “A área básica dos 27 programas de pós-graduação é a seguinte: 15 em Serviço Social (55,6%), dos quais 01 em Serviço Social e sustentabilidade na Amazônia; 07 em Política Social (25,92%), dos quais 01 em Políticas Sociais e Cidadania; 01 em Política Social e Serviço Social (3,7%); 02 em Políticas Públicas (11,1%), sendo um deles em Política Pública e desenvolvimento local; e 01 em Economia Doméstica (3,7%)” (CAPES, 2010, p.10). É imprescindível situar que utilizamos aqui os dados disponíveis do triênio anterior (CAPES, 2010), já que a avaliação do triênio em curso está em vias de realização. Deste modo, não incluímos nos dados acima os novos cursos reconhecidos, que citamos na nota a seguir.

Como podemos visualizar, há uma desigualdade regional na distribuição dos cursos de PG²⁰⁰, o que também vai se evidenciar na produção científica, como veremos adiante. Abaixo podemos visualizar a distribuição, de acordo com a região, dos programas²⁰¹ que possuem mestrado/doutorado ou apenas mestrado.

Tabela 2 - Nível dos cursos de Pós- graduação em Serviço Social, por Região, Brasil, 2010.

Região	Cursos de PGSS	
	Total por Grau	
	DO/ME	ME
	Nº	Nº
Sudeste	06	05
Nordeste	02	05
Sul	01	03
Centro-Oeste	01	02
Norte	-	02
TOTAL	10	17

Fonte: elaboração própria

É importante mencionar que, por ser uma profissão - portanto, com uma dimensão de intervenção -, para além da produção relacionada à pesquisa científica e à pós-graduação, o Serviço Social, conta também com elaborações realizadas a partir da realidade do exercício profissional, sejam pesquisas, reflexões, sistematizações de experiências, avaliações do trabalho ou de elementos a ele relacionados, que não necessariamente consistem em resultados de pesquisa.

Conforme apontam Silva et al. (2005), é amplo o leque de temas pesquisados em Serviço Social. Iamamoto (2009) considera que tal amplitude temática é um privilegio da categoria, que atua junto às múltiplas expressões da questão social. Ela afirma que o panorama

²⁰⁰ Segundo dados da CAPES (2010), há 10 programas que possuem cursos de doutorado e mestrado (PUC/RS, PUC/SP, PUC/RJ, UFMA, UFRJ, UFF, UFPE, UNB, UNESP, UERJ) e os demais tem apenas o mestrado (UEL, UFSC, UFPA, UFRN, UFAL, UFPB-JP, UFES, FUFPI, UFJF, UCSAL, UCPEL, PUC-GO, UFAM, UFMT, UFV, UNICSUL, EMESCAN). Os cursos novos estão vinculados às seguintes UFAs: UEPB, UNIOESTE, FURSE, UNES/FR, UECE (CAPES, 2013).

²⁰¹ A vinculação institucional dos PPG se dá da seguinte forma: 19 (70%) a Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) públicas; 8 (30%) a instituições particulares, das quais 6 (22%) a UFAs comunitárias e 02 (11%) a UFAs privadas (CAPES, 2010).

da pesquisa na área “(...) indica a riqueza temática que captura o interesse dos pesquisadores e permite apreender a profissão densa de historicidade (IAMAMOTO, 2009, p. 466).

As produções escritas da área são comumente divulgadas tanto nos periódicos – da área ou fora dela –, quanto nos anais dos eventos, dos quais os mais relevantes são os CBAS e os ENPESS. Conforme mencionamos, nossa amostra se voltou para dois canais específicos: os anais dos CBAS e os periódicos, que caracterizaremos sumariamente a seguir.

4.2.1 Os CBAS

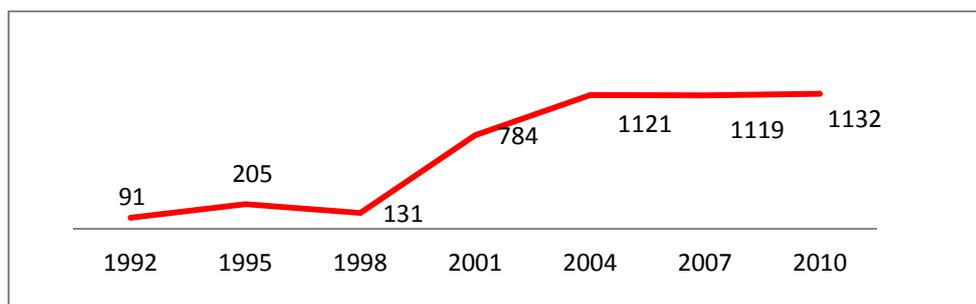
O CBAS é o maior evento do Serviço Social brasileiro, reunindo uma média de 3.000 profissionais e estudantes. Possui uma natureza político-científica: suas discussões tanto subsidiam a elaboração da agenda das organizações nacionais da categoria (CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO) para o triênio seguinte quanto, concomitantemente, consistem num relevante momento de divulgação da produção científica e técnica do Serviço Social, via lançamento de livros, assim como através da apresentação de trabalhos e comunicações, seja na modalidade oral ou pôster, organizados em sessões temáticas (CFESS, 2009).

Tal evento acontece desde 1974 e uma de suas edições, que ocorreu em 1979 (conhecido como “Congresso da Virada”), é um marco da história da profissão, por nitidamente expressar o direcionamento da categoria no sentido do compromisso com a classe trabalhadora. Estendendo as palavras de Gomes e Santana (2012) para o conjunto de temas da área, consideramos que os Anais do congresso se configuram como fonte singular de memória, história e pesquisa para o Serviço Social enquanto profissão e área de conhecimento. Neste sentido, expressa o esforço da categoria no sentido de avançar na produção científica e técnica, expressando, em suas discussões e textos, a heterogeneidade das/os profissionais de Serviço Social, revelando também os projetos profissionais em disputa.

O CBAS teve sua 13ª edição²⁰² em 2010. A visualização da quantidade de artigos publicados nos eventos dos anos 1990 e 2000 evidencia o nítido crescimento na produção acadêmica da área, como podemos observar no Gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Evolução da quantidade de artigos - CBAS (anos 1990 e 2000)

²⁰² As edições anteriores aconteceram ocorreram nos seguintes locais e anos: 1974 (Rio de Janeiro), 1976 (Recife), 1979 (São Paulo), 1982 (Rio de Janeiro), 1985 (Rio de Janeiro), 1989 (Natal), 1992 (São Paulo); 1995 (Salvador); 1998 (Goiânia); 2001 (Rio de Janeiro); 2004 (Fortaleza); 2007 (Foz do Iguaçu); 2010 (Brasília).



Fonte: elaboração própria

Percebemos que, nos dois últimos decênios, houve um salto de aproximadamente 12 vezes na quantidade de artigos aprovados para o evento entre 1992 e 2010. Notamos também que as últimas três edições mantem uma quantidade equivalente de trabalhos publicados.

O avanço, contudo, vai além do crescimento quantitativo: tem ocorrido uma diversificação e ampliação temática. Não obstante, é importante registrar também que há distinções na densidade teórica e conceitual entre os textos, como pudemos verificar na pesquisa bibliográfica.

Nas diversas edições do CBAS²⁰³, integrando as temáticas que lhe são peculiares, encontram-se as discussões sobre a saúde, nas últimas edições situadas predominantemente na sessão temática “Seguridade Social”.

Vale situar que os textos apresentados ao CBAS são submetidos à avaliação e posteriormente aglutinados nos anais, disponibilizados através do meio digital (CD). Tal modalidade de divulgação, contudo, acaba sendo restrita, pois a única forma de acesso é através do mesmo, já que as entidades organizadoras ainda não possuem a prática de difusão na rede virtual.

Cumprе mencionar que não há uma padronização em termos do formato dos artigos. Por exemplo, alguns eventos disponibilizam resumos, enquanto que outros não; alguns evidenciam informações e contatos de autores, mas outros não o fazem; no item “instituição”, não fica claro se se refere à de formação ou a de vinculação atual. Este quadro acabou praticamente impossibilitando a elaboração de um perfil fidedigno das/os autores(as), em

²⁰³ Os Congressos que entraram no período definido na amostra da pesquisa são os de 2007 e 2010. O primeiro aconteceu em Foz do Iguaçu/PR e teve como tema: “A Questão Social na América Latina: ofensiva capitalista, resistência de classe e Serviço Social”. O segundo ocorreu em Brasília e seu tema foi “Lutas sociais e exercício profissional no contexto da crise do capital: mediações e a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social”.

virtude da limitação das informações. Vale registrar que esse tipo de dificuldade também foi sentida na pesquisa de Paiva (2012), que acrescenta como problema na organização dos anais as falhas na numeração dos artigos, que nem sempre correspondem aos artigos publicados; bem como a existência de artigos cujos títulos não aparecem nos anais.

4.2.2 Os periódicos da área

Nos últimos anos, por exigência da CAPES, as publicações da pós-graduação vêm passando por um processo de “qualificação”²⁰⁴. Segundo documento da CAPES (2010, p.2), o periódico científico é definido como “uma publicação seriada, arbitrada e dirigida prioritariamente a uma comunidade acadêmico-científica”²⁰⁵.

De acordo com o citado documento, tais periódicos foram classificados em 07 extratos²⁰⁶, adaptados à realidade da área de Serviço Social (número de artigos publicados pela área, proximidade da temática à área, avaliação recebida por outras áreas, etc.).

Sobre o processo de criação dos periódicos, ainda que associado à expansão da pesquisa e da pós-graduação em Serviço Social no país, não lhe é diretamente proporcional. Isso pode ser percebido quando nos voltamos para o período de criação dos PPG e de surgimento dos periódicos: em nossa área, a pós-graduação emerge nos anos 1970, nos quais foram implantados seis (6) programas de mestrado. No decênio seguinte é criado apenas o curso de doutorado. Nova expansão dos cursos de mestrado ocorre nos anos 1990, quando

²⁰⁴ “Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Capes para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Tal processo foi concebido para atender as necessidades específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas por meio do aplicativo Coleta de Dados. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para a divulgação da sua produção. (...) A estratificação da qualidade dessa produção é realizada de forma indireta. Dessa forma, o Qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos” (CAPES, [s.d.]).

²⁰⁵ Os critérios para uma publicação ser considerada um periódico científico são “(...) conter os seguintes itens: editor responsável; Conselho Editorial; ISSN; Linha Editorial; Normas de submissão; periodicidade mínima semestral; avaliação por pares; publicação de pelo menos 14 artigos por volume/ano; afiliação institucional dos autores; afiliação institucional dos membros dos Conselhos, podendo haver membros sem vínculo institucional (por ex: aposentados); resumo e abstract dos artigos; descritores em português e inglês; pelo menos um número do ano anterior publicado; disponibilidade em formato digital, com acesso *on-line*; para revistas brasileiras, recomenda-se que haja uma garantia, por agente certificador auditável, de preservação e acesso ao acervo em casos de catástrofe e obsolescência tecnológica; data de recebimento e aceitação de cada artigo” (CAPES, 2010, p.2).

²⁰⁶ Que variam entre o extrato 1 (B5), extrato 2 (B4), extrato 3 (B3), extrato 4 (B2), extrato 5 (B1), extrato 6 (A2) e extrato 7 (A1).

foram implantados seis (6) novos programas e, nos anos 2000, foram expandidos em mais quinze (15) programas (CAPES, 2010).

Já o ritmo de criação dos periódicos, dos quais nos voltamos para os “Qualis”, foi bem mais lento²⁰⁷. Até meados dos anos 1980 tínhamos apenas a Revista Serviço Social e Sociedade (lançada em 1979 e que não está relacionada diretamente a nenhum programa de PG). Entre 1986 e 1998 circulam os Cadernos de Pesquisa CEDEPSS e os Cadernos da ABESS (que passam a ser denominados Revista *Temporalis* a partir de 1998, conforme SILVA et al., 2005). Somente em meados de 1990 começam a ser publicados periódicos dos PPG (Em Pauta, *Katálisis*, Praia Vermelha, Revista de Políticas Públicas, Serviço Social e Realidade, Serviço Social em Revista, Ser Social, Sociedade em Debate,). No decênio 2000 são fundadas novas revistas (*Argumentum*, Emancipação, Textos e Contextos). Vale destacar que, na corrente década, foi lançado o primeiro periódico da área com vinculação direta com a saúde (Revista Serviço Social e Saúde).

Em outros termos, embora a PG na área exista desde a década de 1970, a expansão dos periódicos ocorre somente a partir de meados dos anos 1990, embora coincida com a ampliação da quantidade de cursos.

Supomos que o crescimento no número de periódicos na área também está relacionado às exigências das agências de financiamento em termos de divulgação da produção científica. Neste sentido, é importante mencionar que o processo de atribuir um conceito “Qualis”²⁰⁸, embora inserido na lógica produtivista que vem dando o tom da pós-graduação no Brasil, tem pressionado os programas a consolidarem seus periódicos, ampliarem o leque dos autores vinculados a outras instituições, buscarem uma regularidade em termos de periodicidade, disponibilizarem em formato digital, com acesso *online* etc., o que facilita sua divulgação na categoria.

²⁰⁷ É imprescindível demarcar que os dados aqui apresentados não incluem todas as revistas da área, mas apenas aquelas que possuem conceito Qualis entre A e B.

²⁰⁸ A última avaliação da Comissão de Especialistas da CAPES assim classificou os principais periódicos específicos da área: 1) Qualis A1: *Katálisis*, Serviço Social e Sociedade; 2) Qualis A2: Textos e contextos, Revista de Políticas Públicas; 3) Qualis B1: Ser social; 4) Qualis B2: Praia Vermelha, Emancipação (UEPG), *Argumentum*, Serviço Social em Revista, Libertas, Em Pauta, Sociedade em Debate, *Temporalis*; 5) Qualis B3: Serviço social e realidade; 6) Qualis B4: Serviço Social e Saúde; Qualis B5: Cadernos UFS – Serviço Social (CAPES, 2012).

Em termos de vinculação institucional, a distribuição dos periódicos específicos da área de Serviço Social (com conceito qualis A e B) está assim traçada: Argumentum (UFES); Em Pauta (UERJ); Emancipação (UEPG); Katálysis (UFSC); Libertas (UFJF); Praia Vermelha (UFRJ); Revista de Políticas Públicas (UFMA); Ser social (UNB); Serviço social e realidade (UNESP); Serviço Social e saúde (UNICAMP); Serviço social e sociedade (Editora Cortez); Serviço social em Revista(UEL); Sociedade em Debate (UCPEL); Temporalis (ABEPSS); Textos e contextos (PUC/RS).

A maioria dos periódicos (11 deles) está vinculada a PPG da área de Serviço Social. Constituem exceção as revistas: “Emancipação” (vinculada a curso de graduação em Serviço Social e a mestrado de Ciências Sociais); “Serviço Social e Saúde” (relacionada ao Hospital das Clínicas da UNICAMP); a “Temporalis” (ligada à ABEPSS) e a “Serviço Social e Sociedade” (publicado pela Editora Cortez).

Em relação à localização das entidades ou instituições as quais tais revistas estão vinculadas estão descritos na Tabela 2 abaixo:

Tabela 3 - Quantidade de períodos publicados de Serviço Social, por Região, Brasil, janeiro/2006 a abril/2012

REGIÃO	Quant.de periódicos
Sudeste	07
Sul	05
Nordeste	01
Centro-Oeste	01
Norte	-
Móvel ²⁰⁹	01
TOTAL	15

Fonte: elaboração própria

Percebemos que quase a metade dos periódicos está situada na região sudeste, que também possui liderança na quantidade de cursos de PG, como mostramos anteriormente. Em

²⁰⁹ A revista *Temporalis* tem a mesma localização da diretoria da ABEPSS.

seguida temos a região sul, sendo que todos PPG possuem periódico e um é vinculado à graduação. Já o Nordeste, embora tenha sete (7) dos PPG, possui apenas um periódico “Qualis” A ou B. A região Centro-Oeste possui a mesma quantia de periódicos (apenas um), embora tenha três (3) cursos de PG; e a região norte não dispõe de nenhum veículo de divulgação próprio, possuindo dois (2) dos PPG.

Fica patente a dificuldade das regiões Nordeste, Centro-Oeste e, principalmente, Norte, em manter os periódicos com Qualis. Já a região Sul se destaca por possuir a maior quantidade de periódicos em relação ao número de cursos. Na região Sudeste a quantia é proporcional.

Cumpra indicar também que o fato de diversos PPGSS (15 cursos) não possuírem periódicos com Qualis A ou B indica dificuldades no campo da divulgação da produção científica na área ou na adequação às diretrizes da CAPES para a área, como discorre Garcia (2009).

Após traçar esse breve panorama sobre esses importantes canais de divulgação da produção científica e técnica da área, voltar-nos-emos para as publicações envolvendo a saúde.

4.2.3 Produção sobre Saúde

A priori é fundamental mencionar que, nos dois últimos decênios, o debate profissional dos assistentes sociais sobre a saúde vem adquirindo maior densidade e amplitude: a partir dos anos 2000, percebe-se um maior envolvimento da categoria com as discussões da Saúde Coletiva (KRUGER, 2010), especialmente a partir do reconhecimento da confluência entre as proposições da RSB e o PEP (BRAVO, 2006): a sintonia entre tais projetos é posta em destaque²¹⁰.

²¹⁰ De acordo com o CFESS (2010), os pontos de confluência mais destacados são: a) o entrelaçamento com projetos societários que questionam a ordem social vigente, incorporando demandas democráticas e populares; b) os principais aportes e referências teóricas, particularmente a influência do marxismo; c) as propostas para a formação profissional, com a defesa de uma visão generalista e não fragmentada; d) a reivindicação de uma atuação profissional que ultrapasse a dimensão assistencial, ao levar em consideração as condições de vida e de trabalho da população usuária. Mioto e Nogueira (2006, p.10) também destacam o trânsito entre os princípios contidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e o 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”. Argumentam que são pontos comuns entre os dois projetos: a luta pela expansão dos direitos de cidadania, a defesa da universalidade, da justiça social e do papel do Estado na provisão da atenção social; a reivindicação pela participação popular/controle social.

É notável a expansão da produção de dissertações, teses, relatórios de pesquisas; a apresentação de trabalhos nos congressos da área (MATOS, 2000); bem como a publicação de livros e artigos abrangendo temáticas relacionadas à saúde e serviço social. Têm sido realizados eventos temáticos em níveis local, estadual e nacional, inclusive o “Seminário Nacional Serviço e Saúde” (2008), organizado pelo CFESS.

No que se refere à quantidade de artigos relacionados à área da saúde nos anais dos CBAS no período analisado em relação ao total geral, verificamos um valor praticamente equivalente em termos proporcionais: no CBAS de 2007, dos 1.119 artigos aprovados, 92 diziam respeito a questões sanitárias, o que corresponde a 8%. No CBAS de 2010, dos 1.132 textos, 93 tinham relação com a saúde, perfazendo também 8% dos artigos. Não obstante o percentual considerável, constatamos um refluxo na produção da área, já que, por exemplo, nos anais do CBAS de 1998, que apresenta a maior quantidade de artigos vinculados à saúde, estes correspondiam a 28% dos textos.

Do total de artigos dos periódicos analisados no período em foco (incluindo resumos de dissertações e resenhas de livros), que perfazem 1.645 artigos, 159 tem alguma relação com a saúde, correspondendo a 10% do volume total dos textos.

Ainda que não seja nosso objetivo a análise das produções de cada revista, não podemos deixar de citar que há uma diferenciação na quantidade de artigos em cada uma delas, como podemos visualizar na tabela abaixo.

Tabela 4 - Artigos publicados em periódicos, temáticas relacionadas à saúde/
Janeiro/2006 a abril/2012

Periódicos	Nº total de artigos ¹	Nº total de artigos relacionados à saúde	%
Argumentum	84	6	7
Em Pauta	95	3	3
Emancipação (UEPG)	111	6	5
Katálysis	152	6	4
Libertas	80	9	11
Praia Vermelha	85	1	1
Revista de Políticas Públicas	138	6	4
Ser Social	96	15	16

Serviço Social e Realidade	105	8	8
Serviço Social e Saúde	48	16	33
Serviço Social e Sociedade	234	31	13
Serviço social em Revista	126	10	8
Sociedade em Debate	84	13	16
Temporalis	48	8	17
Textos e Contextos	159	29	18
TOTAL	1.645	159	10

Fonte: elaboração própria.

Na tabela acima, percebemos a heterogeneidade nas produções relacionadas à saúde nos periódicos: nas revistas “Em Pauta”, “Katálysis”, “Praia Vermelha” e “Revista de Políticas Públicas”, a temática aparece de maneira bastante embrionária, com menos de 5% das produções. Supomos que tal quadro pode estar relacionado com o fato de que anteriormente as edições eram temáticas ou se propunham a discutir questões mais gerais, como é o caso das revistas cariocas. Nas revistas “Argumentum”, “Emancipação”, “Serviço social e realidade” e “Serviço social em Revista”, a temática aparece com média inferior à nacional (entre 6 e 10% dos artigos). Já em “Libertas”, “Ser social”, “Serviço social e sociedade”, “Sociedade em Debate”, “Temporalis” e “Textos e contextos”, o tema está presente entre 11 e 28% dos textos. Já na revista “Serviço Social e Saúde”, como era de se esperar, os artigos relacionados especificamente à saúde se referem a 33% do total.

Não obstante tais diferenciações, o percentual de artigos relacionados à saúde expressa a importância da temática no Serviço Social, fato certamente relacionado ao fato da área ser, historicamente, a maior empregadora de assistentes sociais, bem como um importante campo de pesquisa, estágio e extensão. Estudo realizada por Silva et al. (2005) também apontava para a relevância que a temática da saúde assume no âmbito das discussões sobre Políticas Sociais: das dissertações e teses analisadas em seu estudo, 12% eram relativas ao campo da saúde.

Buscamos também mapear os subtemas encontrados nos artigos, num levantamento geralmente realizado a partir dos títulos dos mesmos²¹¹. Às vezes uma única produção indicava

²¹¹ Nem sempre isso foi possível, visto que alguns dos títulos eram por demais gerais, não possibilitando identificar exatamente de que tema tratava. Nestes casos, ocorridos especialmente nos anais dos CBAS, tivemos que conferir o resumo ou procurar ter uma visão geral do texto para poder identificar de que subárea tratava.

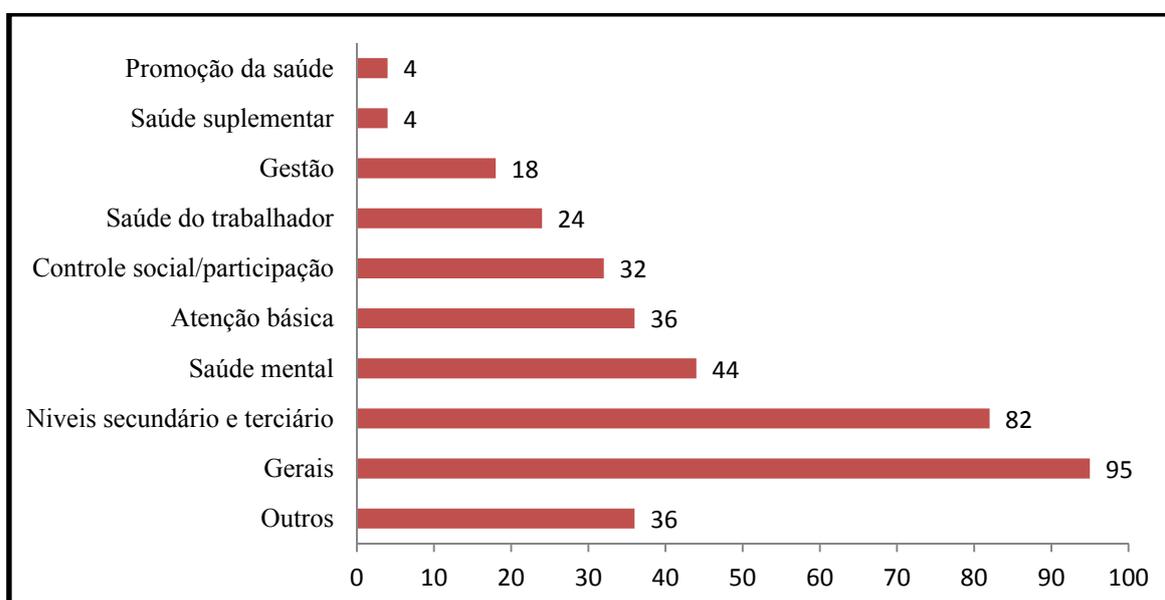
possibilidade de vinculação com mais de um eixo temático, daí o total de publicações nem sempre coincidir com o total de ocorrências em relação aos eixos temáticos considerados.

Ao realizar tal levantamento, encontramos uma diversidade significativa de temas que, como mostramos anteriormente, procuramos situar as redes de atenção e nos espaços ocupacionais das/os assistentes sociais. Neste sentido, resolvemos priorizar, além das subáreas já citadas (Gerais, APS, redes secundária e terciária, PS, Saúde Mental e Saúde do(a) trabalhador), **gestão** (sua inclusão diz respeito à busca da identificação da produção da área sobre o subtema, considerando que os (as) assistentes sociais vêm ampliando sua participação na gestão do SUS) e **controle social/movimentos sociais/participação social** (que, embora sejam temas que podem atravessar as redes de atenção, a eles não se restringem, podendo trazer questões mais gerais relacionadas à política de saúde. Além disso, embora o primeiro possa ser incluído na gestão, possui discussões específicas).

É importante alertar que, em relação aos textos dos CBAS, como nos voltamos apenas para as sessões temáticas da Seguridade Social e do trabalho profissional, o mapeamento realizado sobre tais subáreas é limitado, já que há sessões específicas para discutir questões sobre envelhecimento e formação profissional, por exemplo. Contudo, avaliamos interessante explicitar a frequência com que aparecem na discussão tida como “específica” da saúde.

Ao agrupar os dados dos CBAS e dos periódicos, encontramos o seguinte quadro de distribuição entre os subtemas:

Gráfico 2 - Número total de artigos por área temática



Fonte: elaboração própria

Como percebemos no gráfico, há uma maior incidência daqueles voltados para questões gerais, correspondendo a 25%; em seguida ficam as publicações sobre as redes secundária e terciária, com 22%; em terceiro lugar estão aqueles relacionados à saúde mental (12%); na quarta posição vem aqueles sobre APS (10%); depois os que versam sobre controle social/movimentos sociais (9%); os sobre saúde do trabalhador ficam com 6%; depois estão os voltados para gestão (5%); em penúltimo lugar estão os sobre saúde suplementar (1%); por último estão os que versam sobre promoção da saúde (menos de 1%); outros temas perfazem 10% dos artigos.

É importante mencionar que há algumas variações na distribuição dos artigos entre as subáreas de acordo com o tipo de veículo de publicação. Nos CBAS, há mais textos envolvendo as redes secundária e terciária; depois vêm os gerais; nos periódicos esta ordem se inverte. Saúde mental e APS ocupam, respectivamente, 3º e 4º lugar nos dois veículos, embora nos periódicos a ocorrência de textos sobre saúde mental seja maior. Nos CBAS os artigos sobre controle social/participação ocupam o 5º lugar, seguidos de saúde do trabalhador; nos periódicos a ordem se inverte. Gestão, saúde suplementar e promoção da saúde ficam entre os últimos, sendo que a quantidade de artigos sobre a última temática é quase insignificante, como demonstra a tabela 5, logo a seguir.

Tabela 5 - Número total de artigos, por área temática nos periódicos e no CBAS, no período de janeiro/2006 a abril/2012.

TEMÁTICA	PERIÓDICOS		TEMÁTICA	CBAS	
	Nº	%		Nº	%
Redes secundária e terciária	27	15	Redes secundária e terciária	55	28
Gerais	59	34	Gerais	36	18
Saúde mental	18	10	Saúde mental	26	13
Atenção Primária à Saúde	13	7	Atenção Primária à Saúde	23	11
Controle social/ Movimentos sociais/ Participação	10	6	Controle social/ Movimentos sociais/ Participação	22	11
Saúde do trabalhador	11	6	Saúde do trabalhador	13	7
Gestão	08	5	Gestão	10	5
Promoção da saúde	01	1	Promoção da saúde	03	2

Saúde suplementar	02	1	Saúde suplementar	02	1
Outros	27	15	Outros	09	4
TOTAL	176	100	TOTAL	197	100

Fonte: elaboração própria

Conforme mostramos anteriormente, o Serviço Social brasileiro não se debruça apenas sobre questões diretamente relacionadas ao exercício profissional. Tanto é, por exemplo, que os artigos relacionados à política de saúde em geral ou ao Serviço Social na área ocupam a primeira posição na quantidade de publicações (25%). Como no estudo realizado por Silva et al. (2005), nas pesquisas relacionadas ao SUS, como descentralização, municipalização ocupam lugar importante em tais produções. Aí agrupamos também, conforme indicamos, textos gerais sobre o Serviço Social na área.

Tal como na pesquisa de Silva et al. (2005), as pesquisas sobre controle social e o papel das conferências e dos conselhos (que aqui agrupamos numa subárea específica, que corresponde a 9% do total de artigos), também relacionados ao SUS, possuem destaque nas produções da área. Vale destacar, no entanto, que o foco das produções vem sendo muito mais a discussão do controle social que da participação ou dos movimentos sociais. Tal lacuna foi também percebida no estudo de Iamamoto (2009) sobre os eixos temáticos de pesquisa no Serviço Social, no qual constatou que a área de menor investimento em pesquisa é a dos “conflitos e movimentos sociais, processos organizativos e mobilização popular”. Nos termos da autora,

(...) a ênfase nos movimentos sociais parece ter sido deslocada pela prioridade aos desafios atinentes ao controle social democrático no âmbito das políticas públicas por meio dos Conselhos de Políticas e de Direitos, o que pode indicar certa prevalência da ênfase na democracia representativa sobre a democracia direta, dois caminhos políticos estreitamente inter-relacionados na defesa dos direitos e da esfera pública (IAMAMOTO, 2009, p.462).

Cumprindo indicar que a inserção ocupacional também coloca questões para a Academia ou para a reflexão teórica das/os assistentes sociais de campo, inclusive via estágio, Residência Profissional, extensão, assessoria etc.

O Serviço Social, Área de Conhecimento integrante da grande Área de Ciências Sociais Aplicadas na CAPES, produz conhecimentos sobretudo articulados com a possibilidade de intervir na realidade social. No caso

brasileiro, face ao agravamento da questão social, cujas manifestações mais visíveis são os indicadores de desigualdade e pobreza, o Serviço Social vem acumulando conhecimentos e pesquisas que expressam a particularidade de sua inserção na sociedade. Seja no âmbito da realidade nacional, seja internacional, o Serviço Social vem se especializando no tratamento de questões relacionadas às Políticas do Estado e às iniciativas da sociedade civil no campo do enfrentamento de demandas e necessidades sociais da população, além da centralidade que historicamente vem atribuindo à produção do conhecimento sobre temáticas específicas da profissão (SILVA et al., 2005, p.91).

Não é á toa, portanto, que os textos sobre as redes secundária e terciária ocupem uma posição privilegiada nas produções da área: é nelas que, historicamente, as/os assistentes sociais tem estado inseridos.

A atenção primária, por outro lado, vem assumindo um papel importante para a profissão, tanto em termos de espaço ocupacional, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos consultórios de rua (previstos na Nova Política Nacional de Atenção Básica), das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF).

Como mostramos, o campo da saúde mental, especialmente a partir do último decênio, quando foi aprovada a Lei 10.216/2001, tem passado por uma série de alterações que buscam avançar na reforma psiquiátrica. Neste contexto, quando a perspectiva dos direitos e da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico assume centralidade no trabalho na área, valorizando-se a importância do trabalho em equipe, tem-se ampliado a inserção de profissionais de Serviço Social, especialmente junto aos serviços substitutivos. Tal como na pesquisa de Silva et al. (2005), constatamos que temas como Reforma psiquiátrica, política de saúde mental, modelos, práticas e políticas de intervenção em saúde mental no hospital, alcoolismo como expressão da questão social, trabalho do assistentes social na saúde mental vem sendo discutidos na área.

Conforme discorremos, o campo da saúde do trabalhador também vem sofrendo redefinições e se colocado como importante área de atuação e pesquisa no Serviço Social. Temáticas referentes associação entre trabalho e adoecimento, acidentes de trabalho, doenças do trabalhador, reabilitação profissional, etc. tem sido tratados nas pesquisas da área (SILVA et al., 2005).

Em relação à temática “gestão”, a partir dos títulos dos artigos, constatamos que são ainda tímidas as produções que a relacionam ao Serviço Social. O destaque foi dado aos

estudos sobre as “Fundações Estatais de Direito Privado”, proposta que tem se colocado ameaçadoramente ao SUS.

Os artigos sobre a saúde suplementar são ainda incipientes. No levantamento sobre o espaço ocupacional das/os autores(as), os dados disponíveis não possibilitaram identificar a natureza da instituição empregadora.

Quanto ao tema da promoção da saúde, diretamente relacionado aos objetivos de nosso trabalho, trataremos mais adiante.

Vale registrar que buscamos ainda identificar os textos que tivessem relação com a formação profissional: nos CBAS localizamos oito (8) artigos e nos periódicos quinze (15), perfazendo vinte e três (23) textos. Percebemos que, embora seja um debate recente a questão do redirecionamento da formação no SUS, vem paulatinamente ocupando um espaço importante na discussão sanitária da área, especialmente no que se refere às produções realizadas a partir dos trabalhos de final de curso ou das experiências das Residências, com ênfase nas multiprofissionais em Saúde da Família.

Como situamos anteriormente, a subárea “outros” abrange uma quantidade considerável de artigos, abrangendo tanto temas “transversais” aos espaços ocupacionais ou considerados “emergentes” no atual debate da saúde, quanto políticas específicas, como saúde indígena; saúde da mulher ou a discussão de gênero na saúde; violência (contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos), DST/AIDS. São temas considerados fundamentais para discutir o perfil epidemiológico brasileiro atual e que certamente, no cotidiano dos serviços, coloca uma série de demandas ao trabalho profissional²¹² (entre eles ao assistente social).

Após esse panorama da produção sobre saúde no Serviço Social, debruçar-nos-emos na análise da discussão sobre promoção da saúde na área.

4.2.4 Perfil dos textos analisados

Vale lembrar que nossa amostra foi composta dos artigos que tinham o termo PS no título (04 deles), além daqueles que se voltassem para a discussão do Serviço Social e saúde,

²¹² Como indicamos anteriormente, nos anais dos encontros fizemos o levantamento apenas em alguns eixos temáticos, mais diretamente relacionados à seguridade social e ao trabalho, podendo existir textos que façam relação com a saúde em outros eixos. Não obstante a possibilidade de existência de artigos sobre tais temas nos demais eixos, chama a atenção sua não relação com o trabalho profissional, já que foram pesquisados os eixos nos quais ele se enquadra.

inclusive nos diversos espaços ocupacionais no interior da política sanitária. Foram analisados 112 textos, distribuídos conforme quadro a seguir:

Quadro 2 - Número total de artigos sobre Serviço Social e Saúde analisados

SUBÁREA	
Redes secundária e terciária	38
Artigos gerais	27
Saúde mental	21
Atenção Primária à Saúde ²¹³	15
Saúde do trabalhador	5
Saúde suplementar	2
Promoção da saúde	4
Total	112

Fonte: elaboração própria

Em relação à localização geográfica dos (as) autores(as) dos artigos analisados, temos que mais da metade (52%) são procedentes da região sudeste; em seguida vem o nordeste (23%), com uma pequena diferença em relação ao sul (21%); o centro-oeste possui três artigos (3%) e o norte apenas um (1%), como evidenciado na tabela 5, abaixo. Como percebemos, a distribuição geográfica das/os autores(as) tem uma certa relação com a configuração espacial dos PPG no país, sendo que a região Sul se destaca na quantidade de artigos se relacionada ao número de cursos. Contudo, o Nordeste também se destaca nas produções sobre a saúde. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, a temática saúde parece não adquirir grande ênfase nas preocupações investigativas das/os assistentes sociais.

Tabela 6 - Número total de artigos por autores e região, Brasil, no período de janeiro/2006 a abril/2012.

Autores	Quantidade Artigos	
	Nº	%
Centro-Oeste	03	3

²¹³ É importante explicitar que entre os artigos relacionados à APS estavam dois de nossa autoria: um em periódico e outro nos anais do CBAS, que ficaram fora da análise do conteúdo, mas foram inclusos no perfil.

Nordeste	26	23
Norte	01	1
Sudeste	60	52
Sul	24	21
TOTAL	114	100

Fonte: elaboração própria

Como se pode visualizar na tabela abaixo, a inserção institucional de tais autores, a partir dos dados disponíveis²¹⁴, configura-se da seguinte forma: mais da metade (62%) dos artigos são de autores ligados à universidade; quando se somam aos textos que possuem dupla inserção (universidade e serviços), esse número aumenta para 67%. Neste cenário, 33% dos autores que estão inseridos somente em serviços de saúde, dos quais 12% correspondem a profissionais inseridos em Hospitais Universitários (HUs), portanto, relacionados à UFAs. Constatamos, portanto, que tem havido uma relativamente pequena produção de textos por assistentes sociais sem nenhuma vinculação com a Academia.

Tabela 7 - Número total de artigos, por local de trabalho, Brasil, janeiro/2006 a abril/2012.

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM	Nº	%
Universidade	70	62%
Universidade e Serviço	06	5%
Serviço	36	33%
TOTAL	114	100%

Fonte: elaboração própria

Notamos que os artigos são provenientes de diversificadas origens, como estudos teóricos e de campo; pesquisas de mestrado e doutorado em andamento ou concluídas; relatos e reflexões advindas de experiências de estágio, extensão, Residência ou do trabalho profissional. Deste modo, 60% deles (68 artigos) resultam de pesquisas (teóricas ou de campo) ou de ensaios sobre determinado tema; enquanto que 40% (46 textos) constituem relatos de experiência.

²¹⁴ Com as limitações anteriormente mencionadas.

Vale registrar que, embora boa parte desta última modalidade proceda de autores vinculados unicamente aos serviços (36), há uma quantidade considerável de autores vinculados aos HUs ou hospitais escolas (10), bem como de autores ligados somente à universidade (8) ou com dupla inserção (2). Isso significa que os relatos de experiência não são oriundos apenas dos serviços, bem como que autores a eles vinculados também publicam resultados de pesquisas.

Chama a atenção o fato de que há especificidades entre as subáreas no que tange a existência de relatos: nos artigos “gerais”, apenas um é desta modalidade; em “redes secundária e terciária”, dois terços são sobre experiências, que correspondem exatamente aos profissionais vinculados aos serviços e que geralmente publicam nos CBAS; nas demais subáreas, um pouco mais da metade dos textos versa sobre a realidade prática.

Em relação à qualidade dos artigos, nossos achados foram semelhantes aos de Guerra, Guimarães e Silva (2012), em pesquisa sobre a produção acerca da questão urbana nos anais dos ENPESS: em sua maioria, os artigos possuem um considerável “avanço na qualidade da produção socializada nos eventos, a qual corresponde a um esforço empreendido pela categoria, nos últimos anos, capitaneado pelas entidades representativas e graças à ação dos programas de pós-graduação” (GUERRA; GUIMARÃES; SILVA, 2012, p.209).

Não obstante, como as autoras, verificamos elaborações que carecem de consistência teórico-metodológica, que não ultrapassam o caráter descritivo e as dimensões técnicas ou ainda realizam um debate superficial do objeto.

Ora, a realização sistemática de pesquisas revela-se fundamental para uma aproximação crítica com o movimento do real, para, assim, apreender o máximo de determinações do objeto estudado. Entendemos que, deste modo, podemos identificar tendências e desafios teóricos e práticos postos ao Serviço Social brasileiro nestes tempos contemporâneos (GUERRA; GUIMARÃES; SILVA, 2012, p.208).

Vejamos agora como se configura o debate sobre a PS na produção acadêmica analisada.

4.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PRODUÇÃO TEÓRICA DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE SAÚDE

É importante explicitar que, embora tenhamos partido da análise individual de cada artigo, buscamos apanhar as noções/concepções de PS/NPS no debate do Serviço Social enquanto tendência geral.

Cabe mencionar algumas compreensões que constituíram parâmetros de nossa análise. A primeira diz respeito ao entendimento de que os textos analisados não podem ser tomados isoladamente como expressão do pensamento de seus autores a respeito do tema - inclusive porque a maioria dos artigos não tinha por objetivo a análise específica da PS/NPS -, embora pudessem expressar as tendências no tratamento de tais conceitos. Em segundo lugar, concebemos que

(...) os autores dos textos em análise tem suas próprias trajetórias, inseridas em uma dimensão histórica mais ampla. Como seres sociais que são, transformam-se e às suas práticas, não podendo, pois, ser 'rotulados' ou 'classificados' como se fossem imunes ao movimento histórico. Portanto, autores e suas produções devem ser entendidos em suas respectivas contextualizações (WANDERLEY, 1993, p.75).

Na busca de identificar o debate sobre PS/NPS nos artigos, constatamos que um volume considerável nem mesmo cita o termo: quarenta e três (43) artigos (que correspondem a 38%) dos cento e doze (112) artigos analisados; cinquenta e cinco (55) (que consistem em 49% dos mesmos) fazem referência a ele, porém em apenas quatorze (14) deles (o que corresponde a 13%) há alguma indicação conceitual sobre PS, conforme se constatar no quadro 3, abaixo:

Quadro 3 - Produção teórica sobre Promoção da Saúde no Serviço Social.

REFERÊNCIA AO TERMO "PROMOÇÃO DA SAÚDE" NOS ARTIGOS		
Não cita o termo	G2, G7, G8, G13, G16, G18, G19, G20, G23, G24, G27, RST3, RST5, RST8, RST13, RST16, RST17, RST20, RST21, RST23, RST25, RST27, RST28, RST30, RST31, RST38, SM1, SM2, SM3, SM4, SM5, SM7, SM8, SM10, SM11, SM12, SM13, SM16, SM18, SM20, ST2, ST 5, RAPS4	43

Apenas cita	G3, G4, G5, G9, G12, G14, G17, G21, G22, G25, G26, RST1, RST2, RST4, RST6, RST7, RST9, RST10, RST11, RST12, RST14, RST18, RST19, RST22, RST24, RST26, RST29, RST32, RST33, RST34, RST35, RST36, RST37, SM6, SM9, SM14, SM15, SM17, SM19, SS1, PS2, ST1, ST3, RAPS1, RAPS2, RAPS3, RAPS5, RAPS6, RAPS8, RAPS9, RRAPS10, RRAPS13, RRAPS14, RRAPS16, RRAPS17.	55
Apresenta alguma indicação conceitual	G1, G6, G10, G11, G15, RST15, SM21, SS2, ST4, RAPS7, RRAPS15, PS1, PS3, PS4	14
Total Geral		112

Fonte: elaboração própria

Embora os dados acima expressem a média geral dos textos que não mencionam a PS/NPS, quando atentamos para a análise das subáreas (ver quadro 4), constatamos que na saúde mental esse percentual salta para 67%; já na Atenção Primária à Saúde, esse número desce para 7%, o que já era previsível, em virtude de suas especificidades e da APS estar diretamente associada à PS, seja pelas raízes históricas, seja pela forma como são tratadas na legislação e na literatura da subárea, o que sugere a incorporação da noção de PS como um nível de atenção ou como uma ação.

Já naqueles artigos relativos às redes secundária e terciária, o termo não aparece em 39% dos textos, provavelmente também relacionado com a centralidade que a APS adquire, na própria legislação, em sua relação com a PS. No campo da saúde do trabalhador, 40% dos artigos não fazem referência à expressão e nos de saúde complementar a expressão aparece nos dois artigos (100%).

Quadro 4 - Artigos pesquisados que não mencionam PS

Subárea	Artigos	Total
Artigos gerais	G2,G7,G8,G13,G16,G18,G19,G20,G23,G24,G27	11
Redes secundária	NST 3, NST 5, NST 8, NST 13, NST 16, NST 17,	15

e terciária	NST 20, RST21, RST23, RST25, RST27, RST28, RST30, RST31, RST38	
Saúde Mental	SM1, SM2, SM3, SM4, SM5, SM7, SM8, SM10, SM11, SM12, SM13, SM16, SM18, SM20	14
Rede de Atenção Primária à Saúde ²¹⁵	RAPS4	1
Saúde Suplementar ²¹⁶	---	-
Saúde do trabalhador ²¹⁷	ST2, ST5	2
TOTAL		43

Fonte: elaboração própria

No restante dos textos, embora se mencione o termo, isso não significa que explicitem uma reflexão conceitual, teórica ou política sobre ele, como veremos adiante. Porém, é imprescindível assinalar que, em alguns dos artigos que apenas o mencionam, há alguma possibilidade de apreensão da noção a ele atribuída.

Cumpre demonstrar que uma de nossas suposições para explicar a invisibilidade da PS no Serviço Social seria a forma de inserção dos(as) profissionais nos espaços ocupacionais, geralmente nas redes de atenção secundária e terciária, espaços nos quais, comumente, a discussão sobre PS é rarefeita. Além disso, segundo Soares (2010a), entre as demandas colocadas aos(às) assistentes sociais no SUS, predominam claramente as de natureza assistencial/emergencial, que possuem força tal que parecem atribuir trabalho profissional um contínuo caráter de urgência, que, por sua vez, tende a açambarcar todas as outras atividades e ações profissionais (SOARES, 2010a). Neste sentido, um cotidiano de trabalho que tende para a emergencialização do trabalho compromete a própria reflexão, a leitura atenta das questões postas, a distinção entre as demandas e necessidades colocadas por usuários e instituição. Em

²¹⁵ A partir daqui são 15 artigos dessa subárea, em virtude da exclusão dos de nossa autoria.

²¹⁶ Espaço ocupacional: plano de saúde (SP2); hospital privado (SP1).

²¹⁷ Espaço ocupacional: empresa (ST11); conselho (ST5); gerais (ST2,3,4).

outras palavras, o espaço ocupacional que o(a) assistente social vem ocupando na saúde, as condições e relações de trabalho que lhe são colocadas, acabariam, de certa forma, por dificultar o debate promocional.

No entanto, como tratamos no 2º capítulo, ainda que num contexto de ampliação – embora limitada - do mercado de trabalho profissional na APS, inclusive com a inserção de assistentes sociais nas RMSF; da proliferação de projetos e programas de PS que requisitam tais profissionais para sua gestão, execução e avaliação tanto na saúde pública quanto na suplementar, quando analisamos as publicações das subáreas que, em tese, seriam mais propícias para a emergência do aprofundamento das discussões sobre PS, não houve muita diferenciação em termos da discussão de PS entre os textos relacionados às redes de atenção.

É imprescindível ressaltar que a noção de PS encontrada nos artigos geralmente se associa aos DSS, integralidade, saúde e qualidade de vida, intersetorialidade, descentralização, enfim, às discussões do SUS. Não é possível distinguir, portanto, uma perspectiva “puramente” da Saúde Coletiva brasileira ou da NPS nos textos, mas perspectivas que, muitas vezes, se entrelaçam. Em termos didáticos, agrupamos algumas tendências e perspectivas as noções presentes no debate, anunciando primeiramente as análises sobre os artigos que expressam reverberações mais fortes da NPS; em seguida tenhamos identificar o diálogo entre a NPS e o SUS nas produções em estudo, com foco na integralidade; discorreremos depois sobre as produções nas quais o foco é a prevenção e a educação em saúde.

4.3.1 Repercussões da Nova Promoção da Saúde na produção sobre Saúde e Serviço Social

Observamos que, embora seja um termo citado em mais da metade dos textos, escassos foram aqueles que fizeram menção ao debate internacional (apenas 6)²¹⁸ e sinalizaram elementos da discussão mundial sobre a NPS, fizeram menções à Conferência de Ottawa ou aos movimentos que antecederam a APS, como a Medicina Preventiva e Comunitária.

Em nossa análise, isso indica a necessidade de maior difusão, no Serviço Social, de estudos sobre os modelos de atenção ao longo da história da política de saúde. Realçamos a validade e importância de tal abordagem porque ela possibilita apreender melhor as

²¹⁸ Os artigos foram os seguintes: G1, G2, G14, AB16, PS1, PS4.

contradições da atual política de saúde, cujas propostas às vezes são defendidas como “novidades”, mas na verdade possuem profundas raízes históricas em experiências e debates em outras partes do mundo, como é o caso da ESF; concomitantemente, essa discussão contribui na análise da história da própria inserção do Serviço Social na saúde.

Ao buscar conhecer as bases teóricas que vem norteando as produções da nossa área, constatamos que são rarefeitas as remissões a textos específicos sobre PS/NPS, até naqueles artigos que tem em seu título a expressão. Somente doze deles²¹⁹ indicam literatura específica, incluindo o de Mendes (1996), que, como demonstramos, foi um autor fundamental para a introdução o ideário da NPS no país. Contudo, vale lembrar que a discussão do autor em tela acerca da promoção está inserida no debate geral acerca do paradigma da produção social da saúde ou dos Distritos Sanitários. A partir dele notamos, nas produções analisadas, especialmente, a influência da vertente da “Vigilância da Saúde” (VISAU) que, como vimos, possui forte influência da perspectiva preventivista (CRUZ, 2010).

Sobre tais textos, com exceção do de Mendes (1996) e das Cartas da Promoção (BRASIL, 2002) da PNPS, os demais foram aludidos apenas um ou duas vezes .

Destacamos a referência ao artigo de Ravagnani e Sarreta (2010), que é um dos raros textos, em toda a revisão bibliográfica que realizamos, que trata diretamente da relação entre Serviço Social e Promoção da Saúde, mas que é citado apenas no texto das próprias autoras. É interessante assinalar que, além das referências sobre PS/NPS em geral, encontramos também indicações de textos sobre promoção da saúde do idoso.

Apesar das (poucas) referências bibliográficas poderem dar “pistas” sobre as perspectivas e reflexões que os autores da área assumem, estas vão bem além do que as referências sugerem. Desse modo, apesar da pequena quantidade de artigos que tratam especificamente da PS/NPS, nos deparamos com um emaranhado de perspectivas subjacentes ao debate profissional.

É relevante situar que, por ser a rede de atenção no qual a PS/NPS mais assume relevância, inclusive na própria legislação (a PNPS, a PNAB, a portaria do NASF, os textos oficiais sobre a RMSF), supúnhamos que o debate sobre a PS ou a NPS teria maior densidade

²¹⁹ Os textos são: G1, G2, AMC13, SM20, SM21, AB6, AB5, AB11, AB15, PS1, PS3 e PS4.

nas publicações acerca da APS. De fato, apenas um dos artigos (vinculado a uma unidade de saúde tradicional) não cita o termo. Contudo, apenas um texto indica uma conceituação sobre a promoção da saúde, como podemos visualizar no seguinte trecho:

[...] dentro do SUS, ainda se mantêm em foco as ações nas dimensões biológicas, que desconsideram, por muitas vezes, a influência dos diversos fatores que se entrelaçam nas situações de desigualdade. (...) “num processo complexo das desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o da política, do social, ambiental e cultural”. Essa ponderação aponta para a compreensão de que **promover saúde não significa somente realizar ações que tenham o intuito de evitar o surgimento e a transmissão de doenças, ou reduzir agravos à saúde, mas também deve estar vinculada à perspectiva de ampliação da saúde** (BARROS DE BARROS et al., 2007) (RAPS16, p.34 – grifos nossos).

Ao buscar identificar a noção de PS/NPS presente nos poucos artigos que fizeram menção ao debate internacional da NPS, vimos que uma ideia compartilhada foi a da PS/NPS como paradigma²²⁰ ou novo referencial no campo sanitário, conforme posto pelo Movimento da Nova Promoção da Saúde. Seguindo as indicações deste, os elementos centrais do debate são mencionados, ainda que não discutidos/conceituados, conforme observamos nos trechos a seguir:

Na Carta de Ottawa, **promoção de saúde** engloba o **fornecimento de estratégias para a população, que visem melhorar sua saúde, bem como proporcionar um maior controle sobre a mesma**, como: fortalecer a **ação comunitária**, construir **políticas públicas saudáveis**, criar **ambientes de suporte**, desenvolver **habilidades pessoais**, e **reorientar os serviços de saúde**. [...] Goodstall et al. (2001, Assis et al., 2001) indicaram alguns dos elementos que são apontados pela promoção da saúde: 1) metas que incluem a saúde e a **qualidade de vida**, não apenas na prevenção da morbidade; 2) maior atenção na **igualdade, justiça e participação**, além de **conceito holístico da saúde**; 3) **empowerment**, ou seja, atribuição de poder ao indivíduo; 4) **análise macrossocial**; e, 5) enfatizar os princípios da Carta de Ottawa (PS4, p.2 - grifos nossos).

(...) a **promoção de saúde** se faz por meio de **educação**, da **adoção de estilos de vida saudáveis**, do desenvolvimento de **aptidões e capacidades individuais**, da produção em **ambientes saudáveis**. Está estreitamente

²²⁰ Outros textos também mencionam a NPS como um paradigma (G5, G6, SM19). No entanto, o primeiro destes apenas afirma, baseado em Carvalho (2004), que a NPS e a Saúde Coletiva são paradigmas, mas não detalha tal compreensão.

vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de **políticas públicas voltadas para a qualidade de vida** e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores **determinantes das condições de saúde** (MATTOS, 2004) (RST15, p.3 - grifos nossos).

Importa realçar que as referências para a mudança do modelo de atenção, foram enunciadas na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e posteriormente na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002). Este **novo paradigma** aponta a estratégia da **atenção primária à saúde**, na direção de uma abordagem diferenciada, a fim de **extrapolar a atenção centrada na doença e realçar a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde**. Um paradigma que enfoca a **prevenção e promoção** da saúde na direção da **autonomia** das pessoas, da **participação** da comunidade, do **meio ambiente sustentável** e a utilização de **tecnologia acessível a todos os governos**, como caminhos para atingir **qualidade de vida**. Nesta referência, a organização e funcionamento do sistema de saúde estabelecem uma postura de planejamento voltado para a **autorresponsabilidade** e a participação de todos os setores e campos de atividade associada ao **desenvolvimento nacional e comunitário** (STARFIELD, 2002) (G1, p.46 – grifos nossos).

Notamos que em tais artigos alguns dos elementos centrais do debate promocional são mencionados: aptidões e capacidades individuais; produção de ambientes saudáveis; políticas públicas saudáveis; DSS. No entanto, nenhuma apreciação analítica é tecida nos três artigos citados e as estratégias e os princípios da NPS aparentemente são tidos como dados.

Neste sentido, de acordo com as apreciações que expusemos em capítulo precedente, conceitos/princípios como equidade, autorresponsabilidade, *empowerment*, estilo de vida saudável, ou mesmo condicionantes e DSS geralmente não são questionados em seu significado político no cenário atual. Apesar de serem expressões/conceitos comumente utilizados, demandam análises minuciosas, especialmente quando discutem a “autonomia” dos sujeitos, suas habilidades pessoais, diante da crescente tendência de individualização de questões que são sociais; do sentido de *empowerment* (sobre o qual tratamos em momento anterior) ou quando tratam de “ambientes saudáveis”, que geralmente são pensados localmente, como se desconectados da totalidade da vida social.

Vale enfatizar também que, como advertimos em capítulo anterior, há distinções teórico-políticas colossais entre os termos determinantes e determinação social. Contudo, elas aparentemente não são percebidas e explicitadas nos textos analisados e a terminologia

comumente utilizada é a primeira, inclusive nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2010) ou em autores(as) de referência na área.

O debate das cidades/municípios saudáveis e o das políticas públicas saudáveis, temática em si mesma intersetorial e transversal, podendo estar presente (por exemplo, nos estudos sobre a questão urbana), não aparece nos artigos do período analisado.

Neste sentido, os textos acima citados, embora não adentram no tema, tem o mérito de serem praticamente os únicos, na produção teórica analisada, que indicam tais estratégias, que estão em pauta em várias partes do globo. Consideramos, no entanto, que esta temática demanda esforços analíticos de nossa área, inclusive nas produções do campo sanitário.

Ao tratar da NPS como um novo paradigma, encontramos abordagens idealizadas sobre a mesma, como se estivesse distante da lógica do capitalismo, conforme podemos visualizar no extrato abaixo:

Deste modo, a partir do SUS, tem-se a compreensão de saúde não mais enquadrada apenas nos limites da doença. Há o enfoque, sobretudo, dos **determinantes sociais**, embora no cotidiano ainda sobressaia ações embutidas de antigos valores. **Na realidade, os serviços de atenção primária, mais próximos dos usuários e da sua realidade, deveriam focar a promoção da saúde, contudo, acabam se restringindo à execução de tarefas dentro da lógica do capitalismo.** Portanto, observa-se que apesar dos avanços postos pela mudança de paradigma da política de saúde, os atendimentos continuam sendo feitos dentro do modelo verticalizado tradicional, sem que haja qualquer manifestação de visão de mundo sócio histórica. E, observa-se ainda, que o enfrentamento desses problemas não é somente econômico, mas são também culturais, políticos, sociais e principalmente educativos [ipsi literis] (SARRETA; BERTANI, 2005) (G1, p.39 – grifos nossos).

Como mais adiante iremos tratar dessa relação entre a PS/NPS e a APS, nesse momento vamos realçar apenas que a reprodução acrítica e supervalorizada do discurso promocional, sem buscar desvelar as contradições – nem sempre aparentes – que lhe atravessam, pode resultar em uma compreensão romanceada do mesmo.

Buscamos também identificar a forma como os princípios da NPS²²¹, enquanto tal²²², constam nos artigos analisados e constatamos que aparecem de maneira rarefeita, pois apenas

²²¹ Que, como apresentamos em capítulo anterior, são: concepção “holística” de saúde, equidade, intersetorialidade, *empowerment*, participação social; ações multi-estratégicas, sustentabilidade.

três dos artigos os mencionam (G1, RST15, PS4) ou fazem sinalizações no sentido de elementos que estão envolvidos no debate promocional, como os campos prioritários de atuação da NPS. Não obstante, vários elementos centrais do debate promocional afluem nos artigos, como autocuidado, envelhecimento ativo, redes de apoio social, participação social, entre outros.

Uma das autoras aponta para o legado da NPS em relação ao sistema de saúde, ao ultrapassar a abordagem de grupos específicos e adotar o conceito holístico de saúde:

A perspectiva da promoção da saúde [voltada para idosos/as] traz elementos importantes no sentido de reorientação dos serviços de saúde. Trata-se de uma **iniciativa dirigida à população idosa em geral, e não apenas aos doentes ou grupos de risco, voltada aos aspectos preventivos e de promoção da saúde em vez da clássica atenção à doença**. A concepção de saúde que deve orientar as políticas deve ser de base holística e deve considerar dimensões psicológicas, econômicas, sociais, culturais e espirituais, superando o enfoque estritamente biológico (PS3, p.166 – grifos nossos).

Duas observações cabem em relação a este trecho. Primeiro já demonstramos que a NPS objetiva justamente ultrapassar essa abordagem focada nas doenças, voltando-se para questões mais gerais relativas ao bem-estar e à qualidade de vida, com propensão, contudo, a não focar a necessária reforma dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade.

A segunda diz respeito à relevância que a questão do envelhecimento assume no debate da NPS. Por conta das mudanças demográficas e seu impacto nos sistemas de previdência social e saúde (tanto na apregoada redução de custos do Estado quanto no impacto nos subsistemas privados de saúde), organismos internacionais como a OMS e o Banco Mundial tem erigido, especialmente para os países periféricos, propostas de enfrentamento das DCNT, que afetam sobremaneira a população idosa. Nessa perspectiva, as orientações desses organismos são dirigidas à busca de modelos de desenvolvimento nos quais os idosos possam ser parte ativa e contribuam para este, a fim de compensar as despesas que o Estado dispensará

²²² Isso porque tais preceitos aparecem em diversos textos (como, por exemplo, a concepção ampliada de saúde na maioria dos textos, a relevância do *empowerment* na discussão da saúde mental, etc.), mas sem conexão com o Movimento Internacional.

a esse grupo populacional (SILVA, SOUZA, 2010, p.86). É o que estas autoras denominam de “ideologia” do envelhecimento ativo²²³, adotado pela OMS.

Uma noção que aparece em um dos textos analisados é a de “autocuidado”, concebido como uma estratégia fundamental da NPS. Ao buscar o significado do termo nos Descritores de Ciências da Saúde²²⁴, encontramos três sentidos para o termo. O primeiro se refere à “realização das atividades básicas de cuidados pessoais próprios como vestir-se, caminhar ou comer”. O segundo diz respeito ao “Cuidado prescrito por médico ou efetuado pela própria pessoa e inclui cuidado para si mesmo, família ou amigos”. O terceiro conceitua como “a realização pelo paciente das atividades normalmente executadas por profissionais de saúde. Inclui cuidados consigo mesmo, família ou amigos”. Podemos perceber, nas próprias definições do termo, as tensões entre os sentidos a ele subjacentes: de um lado, autocuidado

²²³ Envelhecimento ativo é definido como **“o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem”** (WHO, 2002, apud ASSIS, 2005, p.4 – grifos originais). Como discorre Assis (2005), o adjetivo “ativo” intenciona comunicar uma abordagem mais inclusiva que o termo “saudável”, ao conceber a participação como um “engajamento continuado na vida, mesmo que eventualmente limitado ao espaço doméstico ou coexistente com algum nível de incapacidade” (p.4). Não se limita, deste modo, à competência de continuar fisicamente dinâmico ou de prosseguir no mercado de trabalho. “É reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (econômicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde), transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura. As políticas devem articular ações intersectoriais voltadas a esses determinantes (ASSIS, 2005, p.4 - grifos originais)”. Esta autora (2004), citando Keller e Fleury (2001), discorre que algumas ações contribuem para um envelhecimento ativo, tais como intervenções no campo da redução do tabagismo, do incentivo à atividade física, da precaução a quedas, avaliação nutricional e do risco cardiovascular, monitoramento das DCNT, imunização, *screening* para vários tipos de câncer (daqueles dos quais os idosos são considerados grupos de risco), somadas a abordagens psicossociais, voltadas para controle do estresse, tratamento da depressão e reforço do suporte social. A autora referida anuncia que ações de promoção da saúde do idoso não objetivam reduzir a mortalidade, mas contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida nessa etapa do ciclo vital. A analista em foco mostra ainda que pesquisas epidemiológicas têm encontrado evidências de que, não obstante a perspectiva de incapacidades crescerem notavelmente nessa fase da vida, uma população envelhecida não é sinônimo de um povo mais incapacitado. De acordo com a OMS (apud ASSIS, 2004), por exemplo, os EUA, Canadá e Reino Unido possuem atualmente menos idosos incapacitados que os de coorte precedentes, em virtude de investimentos em ações de promoção da saúde e se tal quadro se mantiver “(...) poderá contrariar a expectativa de uma explosão de custos de cuidado em saúde decorrente do envelhecimento (...)” (OPAS, 1998, apud ASSIS, 2004, p.47).

²²⁴ Os Descritores em Ciências de Saúde foram criados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) com o objetivo de “(...) servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. (...) Participa no projeto de desenvolvimento de terminologia única e rede semântica em saúde (...)” (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm>).

pode ser sinônimo da responsabilização do indivíduo por sua própria saúde, num contexto de redução do papel do Estado no campo das políticas sociais.

De outro lado, o cuidado com si próprio que pode expressar tanto uma perspectiva de autonomia do sujeito, no sentido atribuído por Onocko Campos e Campos (2006), como “(...) corresponsabilidade por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca” (p.670), considerando que a autonomia depende de condições externas ao sujeito. Aqui emerge a discussão do papel do indivíduo e da subjetividade no processo saúde-doença. Segundo Assis (2005), o autocuidado se conecta à “(...) auto valorização de cada pessoa como ser singular e como cidadão” (ASSIS, 2005, p.10).

Para esta autora, a abordagem do autocuidado pode contribuir para a participação política, desde que integre as dimensões objetivas e subjetivas da saúde, considerando seus determinantes sociais, compartilhando com idosos “(...) suas formas de compreensão e resistência, suas dificuldades e potencialidades no lidar com a saúde e cidadania no processo de envelhecimento” (ASSIS, 2005, p.1). É nesta direção que encontramos a seguinte afirmação num dos artigos analisados:

O que pretendo sugerir com essas ações [preventivas] é a importância do **autocuidado**, entendido na dinâmica relacional com o meio como incremento de potencialidades necessárias para impulsionar ações coletivas. Um sujeito minimamente conhecedor e motivado em relação às suas questões de saúde é condição necessária, ainda que não suficiente, para o fomento da participação popular (PS3, p.166 – grifo nosso).

Assis (2005) lembra que a população idosa é vítima de estigmas e preconceitos socioculturais, donde decorre a necessidade de reforço da autoestima como uma estratégia essencial do trabalho, buscando superar o imaginário social pejorativo em torno da velhice.

O que percebemos é que a desvalorização social da velhice e sua associação à doença frequentemente inibem o idoso para o investimento em saúde, em sua dimensão positiva, como se pouco pudesse ser feito para amenizar limitações com o avançar dos anos. Tal conduta é reforçada nos serviços de saúde que se limitam à burocrática prescrição de remédios para controle de doenças crônicas e/ou orientações para mudanças de hábitos de vida, desvinculadas da vida prática de cada pessoa, sua disponibilidade, interesse e condições efetivas para o autocuidado. [...] (PS3, p.166).

Assis (2005) aprofunda a concepção acima, ao afirmar que a promoção do envelhecimento ativo, embora possa dizer respeito à adesão a tratamentos médicos, extrapola

tal dimensão, pois pode potencializar a desmedicalização, o refazer das necessidades de saúde e o crescimento das respostas a estas para além dos serviços de saúde. Decorrente dessa concepção, a autora defende que as temáticas educativas devem ultrapassar as doenças e os fatores de risco: precisam abranger envelhecimento, lazer, sexualidade, relações familiares, direitos sociais, entre outras que estejam relacionadas à forma como as/os idosas/os vivem.

A formulação de políticas públicas destinadas à promoção do envelhecimento saudável é uma perspectiva que deve ser levada em conta pelos nossos governantes. [...] Neste sentido, a aplicação de políticas resilientes²²⁵, que trabalhem na promoção da saúde, é positiva para a vivência dos idosos, bem como no que diz respeito ao exercício de princípios que regem novos modelos assistenciais baseados na humanização, integralidade, interdisciplinaridade e em conceitos amplos de saúde, com polos de atenção integral ao idoso, sendo esses voltados mais para a promoção e a prevenção da saúde (PS3, p.165).

Embora reconheça a importância do autocuidado, o artigo analisa alerta que

(...) a limitação de programas educativos orientados para lidar com fatores de risco, e não para a melhoria das condições de vida, ou seja, um enfoque baseado exclusivamente na capacidade dos indivíduos desconhece determinações que muitas vezes lhes passam despercebidas ou estão além de suas possibilidades de ação [...] (PS3, p.166).

O artigo PS1 reconhece a dupla direção presente no debate da NPS:

Na literatura internacional a temática sobre promoção da saúde aparece tanto vinculada a uma **esfera individual**, na medida em que relaciona o **estilo de vida com o risco de contrair doenças** – por exemplo, as campanhas que estimulam a prática de atividades físicas, a alimentação saudável, entre outras medidas –, quanto a um **processo coletivo ou comunitário em sua dimensão sociocultural**, e, portanto, como política pública. (...) (PS1, p.2 - grifos nossos).

Ambos os textos citados remetem a um debate central na NPS: a questão do risco, que analisamos em capítulo anterior.

Outro elemento importante na discussão da NPS, como referimos anteriormente, e que apareceu em um dos artigos foi o papel das redes e do apoio social:

²²⁵ Conforme os Descritores, resiliência significa “Habilidade humana de se adaptar diante de tragédias, traumas, adversidades, privações e de fatores estressantes significativos e corriqueiros da vida” (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>)..

Outra ação relevante na implementação de políticas públicas para idosos é o reforço das redes e apoio social. O suporte social favorece a resiliência²²⁶ e, isto é essencial, tendo em vista a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e a vulnerabilidade em idosos (PS3, p.166).

Em momento anterior, fizemos algumas indicações sobre tais redes. Por ora vale situar que, segundo o CNDSS (2008, p.20), elas evidenciam o grau de coesão social de sua sociedade - elemento extremamente relevante para a saúde de uma comunidade – e são constituintes do denominado capital social.

Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e são também onde há menor participação na definição de políticas públicas. Diversos estudos mostram que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. Nestas sociedades, as pessoas são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde (PATUSSI et al. 2006, apud CNDSS, 2008, p.84)

Apesar desse tipo de constatação, as raízes que geram essas sociedades menos igualitárias não são confrontadas de maneira radical e as **caraterísticas** de nosso tempo parecem passar despercebidas: o reinado do individualismo e do narcisismo, o culto ao corpo (que tem assumido o status de valor), o crescimento gigantesco da violência em todas as suas formas de expressão, etc.

Não que desconsideremos a importância da solidariedade, fundamental para a vida em sociedade, contudo, assumir tal debate de forma a-classista acaba por lhe atribuir um caráter alienante. Concomitantemente, num contexto de retração do Estado, apregoar a relevância das redes de apoio social pode significar o referendar deste processo. É preciso também atentar para os alicerces do debate sobre a “coesão” social, conceito extremamente associado à abordagem durkheimiana.

Em um dos artigos analisados, encontramos também a ênfase na “equidade”, temática nodal das políticas sociais atuais e que tem centralidade no debate da NPS.

O direcionamento das políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde, associados à reorientação do sistema de saúde no paradigma da promoção da saúde, é um caminho que aponta para a **diminuição das iniquidades na saúde**, enraizada nas desigualdades existentes na sociedade (BRASIL, 2002). Para superá-las requer políticas

públicas que busquem incrementar o acesso das pessoas a bens e serviços promotores de saúde, **estabelecendo-se alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis**, como indica o próprio Ministério da Saúde (2002), quanto aos **cuidados primários**, um aspecto vital para a **equidade** em saúde. (...) (G1, p.46 – grifos nossos).

Como podemos perceber, o termo equidade é usado, no trecho acima, ao lado da desigualdade, como se despido de críticas. Porém, como discutimos anteriormente, embora o debate da equidade seja extremamente relevante na busca da justiça social, ele tem se entreposto ao discurso da “igualdade” (CORREIA; MEDEIROS, 2013) e aberto margem para programas/políticas/serviços focalistas.

Outro ângulo importante na análise da NPS é que, ao se tratar da saúde em seu conceito ampliado, é percebida a enfatizada a dimensão cultural no processo saúde-doença. Esse tipo de afirmação, contudo, pode conferir certa ênfase “cultural” à PS, não deixando claro que uma efetiva promoção da saúde não pode deixar de considerar as questões econômicas:

(...) Neste sentido, **lazer e cultura tanto podem influenciar o processo saúde/doença** – quer no plano individual ou no coletivo – **como também as políticas públicas a partir de uma perspectiva integrada e intersetorial de desenvolvimento e de melhoria da qualidade de vida** (PS1, p.2 - grifos nossos).

Abordagens avaliativas em torno de um conjunto amplo de experiências de promoção da saúde têm **mostrado a importância crescente das iniciativas educacionais, de cultura e lazer, quando a meta são mudanças locais efetivas e sustentáveis**. A literatura atual sobre avaliação em promoção da saúde enfatiza que “a efetividade dos programas e das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implicam um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária. Esse envolvimento será mais efetivo na medida em que considera o processo de (re)**construção de identidades culturais**, fortalecimento da cidadania ativa e das **redes sociais locais**” (BODSTEIN et al., 2005). [...] **A identificação e a valorização do circuito local de sociabilidade e dos padrões e atividades sociais recreativas e culturais prevaletentes nas comunidades** constituem um passo fundamental para a **mobilização e participação das comunidades nos programas de promoção da saúde, mesmo em situações de grande privação material, exclusão social e ausência de equipamentos urbanos básicos** (PS1, p.2 – grifos nossos).

Delineia-se, também, no trecho em foco, a ênfase no “local”, perspectiva presente na formulação e execução de distintas políticas sociais. A crítica aqui não é à abordagem que considera a importância da descentralização ou do município na tessitura da política sanitária,

mas aquela que busca a resolução dos “problemas” de cada “comunidade”, como se esta pudesse ser isolada, desconectada da formação sócio histórica na qual está inserida. É como denuncia Castel (1998, p.547): tais perspectivas parecem ter “(...) cedido à tentação – ou (...) sido obrigadas – de fazer do bairro uma espécie de fenômeno social total capaz de se bastar a si próprio”.

Outra citação merece análise:

Nessa perspectiva [do SUS e do conceito ampliado de saúde], políticas e programas de promoção da saúde mais inovadores preocupam-se com os determinantes econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos **vocalizados pelas próprias comunidades dentro de contextos de pobreza e exclusão social**. Essas ações nos possibilitam entender esse conceito de forma ainda mais evoluída, reafirmando saúde como qualidade de vida (PS1, p.1 - grifos nossos).

Não fica claro no artigo o que significa essa “vocalização” das próprias comunidades dos determinantes: está se referindo aos que são “apreendidos” e problematizados pela população? Ou diz respeito aos que levam tais comunidades a vivenciarem quadros de precarização?

É fundamental pontuar também o destaque dado à participação no trecho acima. Sabemos que o respeito ao saber e à realidade popular, assim como o reconhecimento de seu protagonismo diante da vida, são fundamentais para pensar um novo modelo de atenção à saúde. No entanto, tal participação não pode se limitar à inserção nos programas de NPS, como se a mera presença nas atividades, por exemplo, pudesse, em si, realmente significar “promoção da saúde”. A participação popular efetiva implica elementos outros, que estão sintetizados na discussão de Vasconcelos (2001) sobre o significado da Educação Popular, que não teria o papel de normatizar os sujeitos para adquirirem hábitos considerados higiênicos ou saudáveis, mas de contribuir para o esforço das classes subalternas na organização do trabalho de luta pela cidadania.

No material em análise, emergiu também o questionamento sobre o que significa falar de qualidade de vida em condições socioeconômicas aviltantes. Um dos artigos analisados faz indagações nesta direção:

(...) Frente aos determinantes sociais que conhecemos sobre a saúde, o que seria um **estilo de vida saudável**? Iremos pontuar a miséria e a pobreza

como critério de avaliação ou encontraremos estilos saudáveis mesmo dentro das condições de pobreza da população? (...) (G13, p.463 – grifos da autora).

A autora mencionada critica, assim, a criação de

(...) novos indicadores para compreender as políticas de saúde. Isso não foi uma peculiaridade brasileira, mas internacional. O fato é que “qualidade de vida” (um critério extremamente subjetivo) tornou-se mensurável. “Qualidade” e “estilo” compõem atualmente um mesmo critério de análise, um critério que passou a ser medido e capturado como **estilo de vida saudável**. (...) (G13, p.463 – grifos da autora).

Por fim, um dos artigos chama a atenção para a necessidade de investimentos financeiros na PS:

(...) a Promoção da Saúde está diretamente relacionada à implementação de políticas saudáveis, assim são necessários, também, relevância nos aspectos financeiros; uma vez que, programar ações e não desencadear recursos necessários para sua execução é apenas criar uma falsa sensação de conquista (...). (PS4, p.4).

Vale mencionar que, nos últimos anos, o MS tem introduzido o financiamento específico para ações de PS, como situamos no capítulo precedente.

Após traçarmos considerações sobre os elementos abertamente influenciados por (ou com interlocução com) a NPS presentes no debate profissional, trataremos agora daqueles artigos nos quais o diálogo com a vertente internacional, embora existente, não se coloca de maneira tão explícita, estando profundamente imbricada com as discussões da SC e da RSB.

4.3.2 Nova Promoção da Saúde e Reforma Sanitária Brasileira: entrecruzamentos no debate profissional do Serviço Social

Ao voltar a análise para os textos que não mencionam diretamente a NPS, nos deparamos com discussões extremamente híbridas, que agrupamos em três grandes eixos que se relacionam ao debate do SUS: aqueles nos quais a integralidade e suas diversas conotações adquire preponderância; aqueles dentre os quais a PS aparece como nível de atenção; e ainda aqueles nos quais o debate promocional está ausente, tendo confluência com a perspectiva preventivista. Buscamos identificar também se a Política Nacional de Promoção de Saúde é citada nos textos em estudo.

4.3.2.1.1 *Integralidade e Promoção da Saúde*

Conforme tínhamos apontado em capítulo predecessor, a integralidade vai ser um dos pontos de comunicação entre a RSB e a NPS e, na produção teórica do Serviço Social, entrecruza as diversas noções de promoção da saúde presentes no debate profissional. Deste modo, distintas angulações da integralidade tem lugar nos artigos analisados, ao tratar dos temas específicos de interesse de cada um deles.

Numa parte dos artigos analisados, o debate da NPS, de forma tênue, emerge em alguns momentos, como quando se considera a NPS como um paradigma:

A saúde é vinculada às condições de reprodução da vida. Passa a abranger: o meio físico; o meio socioeconômico e cultural e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Emerge assim um **novo paradigma**, baseado na promoção da saúde, onde a **qualidade de vida** e a **atenção integral** são ressaltadas (SM19, p.72 – grifos nossos).

Aí se entrecruza a ideia de qualidade de vida e integralidade, bem como o conceito ampliado de saúde e de DSS, que está presente na maioria de sinalizações sobre a PS, independentemente da subárea a qual se vincula o artigo, conforme podemos observar nos trechos a seguir:

Tendo em vista a criação da Política Nacional de Promoção de Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2006, que visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entende-se então, a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades. Sendo assim, o objetivo terapêutico não é de curar doenças, mas de “fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida” (BRASIL, 2006). Assim, **os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas** (SM21, p.231 - grifos nossos).

A concepção atual de saúde do trabalhador **entende o social como determinante das condições de saúde, sem negar que o adoecimento deve ser tratado e que é necessário prevenir novas doenças, privilegiando ações de promoção da saúde**. Tal concepção entende que as múltiplas causas dos acidentes e das doenças do trabalho têm uma hierarquia entre si, não sendo neutras e iguais, havendo algumas causas que determinam outras (MENDES; OLIVEIRA, 1995). Diferentemente das visões dicotomizadas anteriores, **propugna-se que os programas de saúde incluam a proteção, a recuperação e a promoção da saúde do trabalhador de forma integrada, e que sejam dirigidos não só aos**

trabalhadores que sofrem, adoecem ou se acidentam, mas também ao conjunto deles (DIAS, 1994). Essas ações devem ser redirecionadas para se alcançar as múltiplas mudanças que ocorrem nos processos de trabalho, sendo realizadas através de uma abordagem transdisciplinar e intersetorial e, ainda, com a imprescindível participação dos trabalhadores (ST4 - p.467 - grifos nossos).

Vale lembrar os princípios do SUS são abordados na introdução da PNPS como "(...) catalisadores do processo de promoção da saúde, favorecendo a alteração dos modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde e a articulação e sintonia entre as estratégias de promoção da saúde com vistas à qualidade de vida" (CRUZ, 2010, p.76-77).

Em alguns textos há uma preocupação de, ao citar a PS, atentar para as especificidades da Saúde Coletiva e do SUS. Neste sentido, o artigo G6 afirma que

A preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde amplia as pesquisas sobre modalidades de atenção inovadoras, sedimentando uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais nesse processo. Nessa linha de pensamento, além dos tradicionais esquemas de prevenção e cura, essa visão vem ocupando um lugar de destaque e se constituindo como um **campo abrangente de práticas de distintas disciplinas voltadas à promoção da saúde**, esta **acrescida de adensamentos conceituais que dão conta de responder ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS** (G6, p.224 - grifos nossos).

Chama a atenção o fato de que as autoras, apesar de reconhecerem a construção do que denominam de "campo de práticas de distintas disciplinas", fazem questão de demarcar o "adensamento" necessário discussão da PS no SUS, não simplesmente reproduzindo o debate internacional.

Como Campos (2006a) assinalara, em algumas produções, a NPS faz-se brasileira na defesa do SUS. Desta forma, o termo PS aparece entremeado aos princípios do SUS de universalidade, integralidade, participação social, etc., em diversos estudos.

Assim, os princípios que fundaram o Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir da concepção ampliada de saúde, vão exigir políticas que atendam as diferentes necessidades em saúde. São princípios constituídos pela **universalidade, integralidade** e equidade e pela defesa da **promoção à saúde, participação** da população e dever do Estado. Sua efetivação requer políticas sociais e **ações intersetoriais** que contribuam para o enfrentamento do processo de saúde e doença (ST4, p.471 – grifos nosso).

Sob o manto da integralidade, alguns artigos analisados enfatizam a importância da interdisciplinaridade ou do trabalho multiprofissional para o SUS e para a PS:

(...) a **integralidade** não é atributo específico de uma determinada profissão nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no **campo da promoção da saúde**, através de diferentes serviços e instituições (MIOTO, 2006, apud RST1, p.160 – grifos nossos).

(...) Diante da magnitude e da complexidade da temática [da violência contra crianças e adolescentes], seja através de conceitos, seja através das suas diversas formas de manifestação, constitui-se extremamente relevante desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar pela garantia da **integralidade** no atendimento. Nesse contexto, Haddad et al. (2005) observam: “o trabalho da equipe multiprofissional justifica-se e afirma-se diante da necessidade de atuar interdisciplinarmente frente ao **objeto complexo que caracteriza a prevenção de agravos, a promoção e a atenção** à saúde de indivíduos e coletividades” (RST6, p.122 - grifos nossos).

A partir da concepção de promoção social da saúde surgem como desafios à prática profissional, novas formas de trabalho, dentre as quais destacam-se, a **intersetorialidade** e a **multidisciplinaridade**. Isto se torna um desafio contemporâneo, pois **não há como trabalhar com promoção à saúde ligada apenas a uma área do conhecimento, pois tal promoção está associada à qualidade de vida e para tanto é fundamental a participação social** (G15, p.7 – grifos nossos).

Conforme vimos em capítulo precedente, a ultrapassagem do trabalho médico-centrado é uma das reivindicações da RSB, que coloca o trabalho em equipe ou interdisciplinar como importante elemento da alteração do modelo de atenção e na busca da integralidade.

Esta bandeira de luta foi, de certa forma, incorporada através do reconhecimento das profissões de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacada pelo artigo RST4:

(...) importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e do "reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior (o que) constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade das ações; a busca de assegurar a saúde como ‘direito de todos e dever do Estado’, o que ‘ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como o **acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação** da atenção à saúde e a participação social (RST4, p.145 – grifos nossos).

Como argumentamos no capítulo anterior, esse documento do CNS foi muito importante para a legitimação de profissões que tradicionalmente não eram muito valorizadas na saúde, como é o caso do Serviço Social.

Alguns dos textos analisados, ainda tratando da integralidade, remetem à discussão acerca das necessidades de saúde, implicitamente distinguindo-as de “demandas”.

(...) este estudo parte da demanda explicitada pelos usuários, ou seja, a procura espontânea desses por uma ação ou serviço de saúde, o que não inclui as necessidades de saúde relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, quase nunca colocadas de forma explícita pelos mesmos (RST7, p.134).

Os profissionais de saúde, no cotidiano da unidade de serviços, em sua grande parte, só consideram o usuário quando este é atendido pelo médico. Ou seja, só dão importância às demandas dos usuários por ações de diagnóstico e tratamento de doenças, ignorando as demandas **por ações de promoção e prevenção de doenças, danos, agravos e riscos**, as quais, na maioria das vezes, **estão implícitas nos lamentos dos usuários**. Assim, se o usuário não passa pelo médico, nenhum outro profissional se propõe a oferecer-lhe atenção; **perdendo, com isso, as oportunidades de educação em saúde, de promoção e prevenção de doenças**, onde as demais profissões podem ter um papel central, inclusive facilitando o acesso ao médico após um atendimento dessas profissões, quando não, criando oportunidades para o controle social (VASCONCELOS, 2006) (NST4, p.151 - grifos nossos).

Sabemos que boa parte dos serviços ainda continua organizada com foco na assistência médica e os usuários em geral também reproduzem tal lógica, o que faz com que romper a dinâmica instituída e traçar uma nova forma de abordagem, desvelando as necessidades coletivas e elaborando formas para seu enfrentamento seja um desafio para avançar a atenção em saúde na perspectiva da RSB.

O artigo RAPS7 trouxe um importante elemento para reflexão: que determinados serviços e ações, ainda que aparentemente visem à prevenção e à PS, reproduzem o modelo biomédico:

O reconhecimento da saúde como direito e de acesso universal, que representa um ganho civilizacional importante para o nosso país, por outro lado está ampliando de maneira crescente o que já é hegemônico por muitos anos, a busca por serviços de saúde na perspectiva clínica e individual. Ainda que em muitos casos apareça a roupagem da prevenção e da promoção da saúde (RAPS7, p.3).

Prosseguindo na identificação das relações entre PS e integralidade, uma das autoras enfatiza a questão do acesso:

A concepção de acesso diz respeito ao direito universal à saúde, com controle social, o que ultrapassa o agendamento de uma consulta médica e/ou a um exame marcado para meses após a solicitação. O acesso à saúde inclui **promoção, prevenção, serviços assistenciais**, enfim, a garantia de **qualidade de vida** aos usuários (...). Trata-se da capacidade de o usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente, consistindo, assim, na disponibilidade de serviços e recursos de saúde e sua utilização por parte de quem necessita (RST7, p.134 - grifos nossos).

Outra analista discorre acerca da integralidade em sua dimensão de conceber o indivíduo como um todo, o que implica a atitude de escuta do profissional em relação ao usuário, conforme enfatizado na Política Nacional de Humanização (PNH).

Pensar a integralidade do atendimento é transformar o modo de atuação. Perpassa a adoção de mecanismos de escuta e respeito com o usuário. Como ressaltado pela Política Nacional de Promoção de Saúde a **integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente**, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p. 10) (SM21, p.235 - grifos nossos).

Na mesma direção segue outro artigo analisado, ao imbricar integralidade, autonomia e escuta:

(...) O aumento da capacidade de autonomia do paciente exige da equipe de saúde um olhar e uma abordagem pautadas na **integralidade**. Isto requer o entendimento de que a **cura e a promoção** da saúde estão ligadas ao meio social e à história psíquica de cada sujeito. Para se chegar a essa compreensão, é valorizada a necessidade da fala e da escuta dos usuários. Assim, o vínculo e o acolhimento fazem parte de uma proposta de reformulação da clínica a fim de que sejam estabelecidas novas relações com a clientela. Para tanto, Campos (1997) assegura que as alterações da prática clínica podem vir a ocorrer com o reforço do vínculo entre profissionais ou equipes de saúde e os usuários, que serve como instrumento potencializador destas alterações (G3, p.42- grifos nossos).

Embora não seja exatamente essa a perspectiva presente no trecho acima, cabe lembrar que a “escuta” é um elemento fundamental para um processo de trabalho comprometido com o MRS – ao possibilitar o resgate das condições de vida e saúde, apreendendo a vida cotidiana

de cada ser em cada espaço particular (NOGUEIRA, 2013). No entanto, não é suficiente para dar as respostas as suas necessidades de saúde, que certamente envolvem as demais dimensões da integralidade.

O último trecho destaca que o princípio da autonomia possui grande relevância no debate promocional e está em destaque nas produções da SC.

O artigo SS1 abordou a noção de PS como “cuidado”, embora tratasse especificamente do trabalho do(a) assistente social:

(...) Dessa forma restabelecendo a prática da promoção da saúde como cuidado, promovendo a melhoria na qualidade do atendimento, buscando a satisfação do paciente e de seus familiares, bem como da instituição prestadora de serviço (SS1, p.8).

Cabe comentar que o termo “cuidado” vem sendo bastante usado no debate sanitário, no bojo das proposições da vertente “Em defesa da Vida” (DV), especialmente através das reflexões Merhy (2004). A discussão propõe a retomada da produção do cuidado perdida no modelo procedimento-centrado, no qual

A ênfase naquelas tecnologias [duras] diminuiu a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais e substituiu o diálogo de sujeitos pela intermediação de exames e procedimentos visando a um êxito técnico (SILVA JÚNIOR; ALVES; ALVES, 2010, p. 81-82).

No âmbito da crise do sistema de saúde, Merhy (2004) chama a atenção que, sob a ótica dos usuários, o foco da reclamação não é a ausência de conhecimento tecnológico, porém a omissão do interesse e da responsabilização por parte dos distintos serviços e profissionais em volta de si e do seu problema. “Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” (p.3). Daí a defesa do autor de que o objeto dos serviços de saúde não é a cura e a saúde, mas o **cuidado**. Este é definido por Silva Júnior, Alves e Alves (2010, p.82) como um fio condutor da tessitura da integralidade na atenção à saúde,

(...) em seus sentidos mais amplos, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de integração possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas.

Incontestavelmente, o compromisso do(a) profissional com o usuário(a), a atenção, o ouvir e a criação de vínculos são importantes para a atenção à saúde e certamente repercutem na qualidade do atendimento. No entanto, num cenário de ajuste fiscal, de limitações nas redes de atenção secundária e terciária, de dificuldade no acesso a exames na rede pública, surgem inquietações sobre o significado político da grande ênfase no discurso do cuidado. Afinal, isso pode acabar por, de certa forma, responsabilizar individualmente o profissional pelas dificuldades do sistema. Exemplo disso é a pertinente observação de Teixeira (2008), ao tratar da realidade do trabalho na ESF: num cenário de não funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência, continua predominando a visão da prática individualizada, na qual a “responsabilidade de conseguir um exame ou uma vaga para internação” se conecta com a antiga estratégia do conhecimento pessoal, da empatia. De acordo com a autora, se os trabalhadores não obtêm o resultado, a responsabilidade acaba por se concentrar na equipe, que é exigida pelos usuários, mídia, até pelos próprios gestores.

Reproduz-se, assim, a individualização da resposta satisfatória, transferindo para o profissional de saúde esta responsabilidade, que, despolitizado, ‘assume a culpa’ e tenta ‘enlouquecido’ ser ‘competente’ (CHAUÍ, 1982). Nesta tentativa, aceita e incorpora a cobrança ou desiste no meio do caminho, para procurar outro trabalho menos tensionado (doce ilusão), pois não consegue com seus remédios, sua atenção, amenizar as consequências das políticas de ajuste, não atinge a produtividade exigida (traduzida só em números). E angustia-se, sem saber por que (TEIXEIRA, 2008, p.242).

A análise de Vasconcelos (2006), ao tratar sobre o trabalho do(a) assistente social, também pode contribuir para refletir sobre essa ênfase no “bom atendimento” – como responsabilidade individual e não do sistema. A autora alerta que uma prática que se volte meramente para o apoio, o respeito, a consideração, como um fim em si mesmo, acaba por contribuir para dificultar participação consciente do usuário nos mecanismos de controle social, de luta política. Isso porque, muitas vezes, o fato de ser ouvido e respeitado pode complicar a realização de ações “contra” a unidade de saúde, já que isso afetaria os profissionais que “atendem tão bem”, sem se levar em conta que a responsabilidade, por vezes, é da própria lógica do sistema.

É importante demonstrar que não se está aqui desqualificando a importância do “cuidado” nos serviços de saúde, afinal, são as respostas às necessidades dos usuários, a

qualidade da atenção, enfim, a busca da integralidade (em sua perspectiva ampliada, não apenas como acesso às redes de atenção à saúde), em seu sentido ampliado, que deve ser o horizonte do modelo de atenção à saúde. Contudo, há que se atentar para as implicações políticas existentes em cada uma das proposições para o trabalho sanitário. A mudança do modelo de atenção, embora necessariamente precise incorporar, não passa apenas pela construção do vínculo e do acolhimento. Isso porque a qualidade do atendimento vai além da existência de profissionais dispostos a escutar e receber bem o usuário, já que requer serviços estruturados, com qualidade adequada; acesso resolutivo e em tempo hábil às demais redes de atenção em caso de necessidade; profissionais com condições e relações de trabalho não precarizadas, que tenham condições objetivas e de formação para ir além da clínica, investindo também em ações intersetoriais, de prevenção e PS.

Além de tais sinalizações gerais sobre o imbricamento entre integralidade e PS na produção teórica analisada, agrupamos as demais indicações em três eixos. O primeiro se refere à tríade promoção da saúde-prevenção-proteção à saúde; o segundo agrupa noções em torno da educação em saúde vista como uma importante estratégia no trabalho em saúde; o terceiro se refere à intersetorialidade, elemento central da PS/NPS, mencionada em sua estreita associação com a PS.

4.3.2.1.2 A influência da perspectiva de Vigilância da Saúde na noção de Promoção da Saúde

Prosseguindo na busca de apreender a noção de PS constante no debate profissional do Serviço Social, seja nos trechos que já citamos seja nos demais artigos, verificamos que a ideia predominante nos artigos analisados foi a PS como “ação”, seguindo a concepção presente em boa parte da legislação sanitária nacional.

Destarte, em diversos artigos há a transcrição do trecho da CF/1988 que cita a PS. Outros documentos oficiais que também mencionam a PS são referidos, especialmente a legislação sobre APS e saúde suplementar. Em tais documentos, a PS aparece ora como ação, ora como uma estratégia de produção da saúde (TRAVERSO-YÈPEZ, 2007) ou ainda como um dos objetivos ou metas da ESF.

Nos documentos analisados, geralmente há mera citação textual da legislação:

O direito à saúde, descrito na Constituição, no Artigo 196, é “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**” (BRASIL, 1988) (G1, p.37 – grifo nosso).

Saúde exige a priorização de práticas de **promoção** da saúde e **prevenção** de doenças, sem prejuízo das **ações assistenciais** a partir do reconhecimento do processo de determinação social da saúde e das doenças, – o que exige investigação - não apenas de causas biológicas (G25, p.1 - grifos nossos).

Atualmente, o Ministério da Saúde (2006: 10), ao valorizar a Atenção Primária define-a como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a **promoção** e a **proteção** da saúde, a **prevenção** de agravos, o **diagnóstico**, o **tratamento**, a **reabilitação** e a **manutenção** da saúde”, recuperando as propostas do modelo de atenção formulado no interior do movimento da reforma sanitária (AB 14, p.10 - grifos nossos).

Como podemos perceber nos trechos citados, a tríade promoção, prevenção e atenção curativa ou proteção aparece, direta ou indiretamente, no rastro da discussão da integralidade, estando presente em boa parte dos artigos analisados.

Em alguns textos analisados, esta tríade é pensada a partir influência da Vigilância da Saúde (VISAU, sobre a qual tratamos no 3º capítulo), especialmente no âmbito da ESF:

Segundo o Ministério da Saúde, que lançou o PSF em 1993 e o implementou em 1994, o programa se caracteriza pelas ações voltadas para a **prevenção** de agravos, **promoção** da saúde, **tratamento** e **reabilitação**, dirigidas através de ações educativas (RAPS6, p.3 – grifo nosso).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora conceitos de **vigilância em saúde** que incluem a compreensão dos múltiplos fatores de risco e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção da saúde (RAPS9, p.1).

Notamos que é a perspectiva da VISAU que mais claramente está presente nos artigos da nossa área. Nessa vertente, conforme já discorremos, é feita uma discussão sobre a NPS e se sinaliza a questão dos DSS, chegando a debater a relevância dos municípios/cidades saudáveis, ao mesmo tempo em que a PS é colocada como uma ação componente da prática sanitária da VISAU. Contudo, poucos artigos analisados enfatizam a relação entre os DSS e a PS presente na discussão dessa vertente:

(...) a **promoção da saúde** (...) constata o “**papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde**” e busca “o **desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva**” (MENDES, 1996, p. 245-247) (RAPS7, p.10 – grifos nossos).

A maioria indica com mais ênfase a PS como componente da nova prática sanitária da VISAU:

Neste sentido, o autor ([Mendes,] 1996, p. 245) destaca a construção social de uma nova prática sanitária, que denomina de Vigilância da Saúde, entendida como “resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção”. Visa à integralidade, à intersectorialidade, à efetividade e à equidade. [...] As estratégias de intervenção da Vigilância da Saúde resultam da combinação de três grandes tipos de **ações: promoção** da saúde, **prevenção** das enfermidades e acidentes e a **atenção curativa**, que tratará de combinar em eficácia e eficiência sociais os três tipos de ação (MENDES, 1996) (G5, p.43 - grifos nossos).

Esse novo modelo aponta para uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde e por uma nova prática sanitária que deve atuar sobre os nós críticos dos problemas, baseado em um saber interdisciplinar e um fazer intersectorial. Suas estratégias, segundo Mendes (1994), resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a **promoção** de saúde, a **prevenção** das enfermidades e acidentes e a **atenção curativa** (RAPS6, p.3 - grifos nossos).

Cruz (2010), analisando a relação entre a PNPS e a VISAU, considera que esta aparece como uma maneira de operacionalizar as ações de promoção, porém,

conforma-se textualmente como uma espécie de ventosa, que se gruda no universo da promoção da saúde, fazendo o nexo entre esta e as práticas e possibilidades existentes no setor, não favorecendo uma direção contra-hegemônica necessária à pretendida mudança do modelo de atenção. Essa conformação possivelmente tenha sua origem na dificuldade de serem operacionalizadas ações de promoção da saúde no seu sentido amplo, dada a finitude do alcance do setor de saúde para o enfrentamento dos determinantes sociais (CZERESNIA, 2003) (CRUZ, 2010, p.80).

Assim, a tríade promoção, prevenção e atenção curativa está presente em boa parte dos textos analisados, fazendo ou não referência à VISAU. No entanto, são poucos os textos que buscam explicitar o sentido de cada uma das ações e “promoção” e “prevenção” soam geralmente como sinônimos ou inseparáveis, como discorreremos adiante.

Um estudo realizado por Tesser et al. (2009) junto a profissionais da ESF também se deparou com tal indistinção: a grande maioria dos sujeitos pesquisados compreendia a promoção de saúde como prevenção e doenças.

Tudo se passa como se o modelo da história natural da doença de Leavell & Clark (1976) vigorasse tranquilamente como referência teórica atual, havendo uma simples ausência de menção a todo o questionamento a respeito dele, feito, pelo menos, desde a década de 1980 (TESSER et al., 2009, p.199).

De acordo com Assis (2004, p.27), "a tendência de escrever “promoção da saúde e prevenção de doença” como uma espécie de casal inseparável revela (...) a pequena apreensão das diferenças entre as duas expressões".

Como mostramos ao longo dos capítulos anteriores, os termos não são neutros e trazem em si a carga teórico-política que lhe compõem. Segundo Gurgel et al. (2011, p.613), "a diferença entre os enfoques de promoção da saúde e prevenção das doenças engloba vários aspectos, que vão desde os princípios e conceitos de saúde até a execução das ações".

4.3.2.1.3 *Discussões conceituais sobre Promoção da Saúde e Educação em Saúde no debate do Serviço Social*

A mesma indistinção está presente nas referências à promoção, prevenção e educação em saúde (ES) ou entre promoção e educação em saúde no debate do Serviço Social, como visualizamos no trecho abaixo:

Nesse sentido, compreendemos que **ações de cunho educativo** e de **promoção** da saúde deveriam ser ofertadas aos usuários do serviço de uma forma geral, como direito de participação e acesso ao modelo que o SUS propõe, voltado para uma prática de qualidade, integral, contribuindo para a mudança de cultura nas unidades de saúde e também na maneira de ser, ver e agir dos usuários do serviço (...) (RST36, p.3 – grifos nossos).

A exemplo do trecho acima, aqueles termos são citados geralmente sem que se tenha uma preocupação com sua conceituação e/ou diferenciação.

É importante destacar que os vínculos entre os termos mencionados acima aparecem principalmente quando se refere à APS, sendo a PS/NPS considerada uma estratégia do trabalho na APS, ao lado da tríade mencionada.

Para Starfield (2002), a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde, que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual através da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação continuada (G4, p.83).

Ainda que seja considerado um elemento central do trabalho em saúde e haja inúmeras referências a experiências de ES (em todas as subáreas analisadas), passando pela existência de ações em sala de espera, trabalho com grupos, projetos, atividades de extensão junto à população, etc., foram esparsos os textos que se voltaram para sua conceituação. Em um dos artigos (AB13), cujo objeto era diretamente a ES, essa discussão é empreendida de maneira

mais profunda. A ES é conceituada como “(...) um enfoque metodológico interdisciplinar no campo da saúde coletiva. [...] Enquanto prática social e campo específico de intervenção, passa por alterações conceituais e operativas ao longo da história assumindo características diversas, expressas em modelos ou abordagens perpassadas pelos interesses em disputa na sociedade capitalista” (AB13, p.107)

Neste sentido, o texto em tela aponta a ESF como espaço fértil para as práticas educativas, as quais possuem um “(...) papel político-pedagógico de contribuir para a melhoria das condições de vida das/os usuárias/os e para viabilizar a proposta de prevenção e promoção da saúde inerente ao PSF” (RAPS13, p.111). Para estas autoras, a ES tem um papel mais amplo, tanto por poder subsidiar melhorias na realidade social, quanto por ser uma estratégia para se alcançar a prevenção e PS.

Desse modo, como no estudo de Oliveira et al. (2011), as concepções de promoção da saúde estão intimamente relacionadas à prevenção, ao controle de doenças e a ações de educação em saúde. Está, portanto, associada à socialização de informações e orientações aos usuários, por meio de palestras e ações educativas em saúde.

É relevante mostrarmos que um dos artigos elencou a educação em saúde com foco na prevenção como estratégia fundamental para a mudança de modelo:

Nas unidades de saúde da família a ferramenta fundamental para o êxito do modelo assistencial à saúde é o **trabalho educativo** onde a abordagem deve estar focalizada na família, na comunidade e na **prevenção** e, a prática, deve priorizar o saber humanitário [*ipsis literis*] (RAPS5, p.3 - grifos nossos).

Novamente se evidencia uma lacuna no sentido de explicitar de que “trabalho educativo” se está falando, diante da heterogeneidade de posições políticas que perpassam este debate, bem como a “ausência” da discussão sobre a PS, que também acontece em diversos outros textos, que acabam por focar a prevenção, como mostraremos adiante.

Vários dos artigos atribuem à ES uma grande importância no trabalho em saúde, como podemos visualizar no trecho abaixo:

Este fato reflete no cuidado que os profissionais devem ter para preservar os pressupostos do conceito ampliado de saúde e também da necessidade da ação assistencial ultrapassar a sua dimensão imediata e se fortalecer em ações contínuas, que visem à efetivação do conceito ampliado, como por exemplo, através de ações de educação em saúde. As ações em longo prazo possibilitam

o fortalecimento de processos educativos e de capacitação da população para uma inserção cidadã nos serviços públicos, e contribuem para o controle social e a preservação e ampliação dos direitos (RAPS16, p.34).

Outra vertente que aparece nos artigos analisados resgata a necessidade de formação da consciência sanitária – uma das noções centrais da RSB – e sua imbricação com a ES (como vimos no capítulo precedente), ainda que não se refira diretamente à PS, como podemos notar no trecho a seguir: “a atuação do Serviço Social baseia-se no processo de educação e saúde através de ações que viabilizem a formação de uma consciência sanitária pela população” (RST15, p.5).

Em outro texto fica subentendido o papel da ES, numa perspectiva crítica, na busca por tal objetivo:

E Vasconcelos (2003, p. 91) complementa: Pensar, estruturar e propor estratégias e viabilizar ações tendo em vista a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde, que extrapole as ações na prevenção e combate a doenças – uma ação interdisciplinar na busca de uma totalização do conhecimento nesta direção. Nenhuma profissão, por si só, dá conta deste projeto, com o cuidado necessário para que suas ações não se dirijam e resultem em controle de determinados segmentos – sempre os mais fragilizados e pobres –, mas que se dirijam para as condições materiais e elevação em saúde que enfrente, de forma diferenciada, a relação com as enfermidades (RST6, p.122).

Uma das estratégias de ação para a realização de um trabalho de qualidade e que vai ao encontro da propostas de universalização do SUS é a da democratização da informação e ênfase na abordagem grupal, priorizando o desenvolvimento da ‘consciência política e sanitária’ (Berlinguer, 1988; Bravo, 1998). E ainda privilegiando esses espaços coletivos com o objetivo de assegurar a realização da saúde como direito social indo **além da prevenção e da educação em saúde**, fortalece-se a participação política e social (RST4, p.155 - grifos nossos).

Apesar de constatar limitações na prevenção e na ES, a autora não aprofunda a discussão do que significaria esse “ir além”, que poderia ser a própria PS em uma perspectiva crítica.

Constatamos, dessa forma, que em diversos textos que fazem referência à tríade (prevenção, PS e atenção curativa) ou ao quarteto (incluída a ES), há uma confusão entre os termos, bem como ocorre o entrecruzamento de interpretações restritas junto com acepções mais amplas (TESSER et al., 2010).

Consideramos relevante atentar para as críticas que a NPS tem colocado à Educação em Saúde (ES) (colocada como central para o trabalho do assistente social no SUS), bem como para a prevenção de doenças, que às vezes aparece, no debate profissional, como um referencial para o exercício profissional.

De acordo com Kickbusch (1996, p.17), a NPS emergiu a partir do momento em educadores sanitários perceberam que “(...) a educação para a saúde unicamente poderia desenvolver todas suas capacidades apoiando-se em medidas estruturais (legais, ambientais, normativas, etc.)”. Para essa autora, a NPS é tida como estratégia mais ampla que a ES: esta seria considerada uma das estratégias da NPS, na medida em que ultrapasse a abordagem preventiva e incentive ações de promoção.

Ao se partir de tal angulação, a centralidade à ES conferida por autores alinhados à teoria social crítica demonstra a ausência de diálogo com as questões colocadas pela NPS (COSTA, 2013).

Cabe aqui destacar que, embora nos Parâmetros (CFESS, 2010), seja considerado que as **ações socioeducativas** “(...) devem-se constituir em **eixo central da atuação do profissional** de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde” (CFESS, 2009, p.33 – grifos nossos), Costa (2013) alerta ainda que o tema educação em saúde, nos Parâmetros, possui um significado bastante amplo, já que é usado para se referir não apenas às atividades educativas, mas o trabalho de politização, de formação política, de busca da construção da consciência sanitária, enfim, de uma contra-hegemonia.

Nessa lógica, os Parâmetros destacam a importância da prática reflexiva, com base nas considerações de Vasconcelos (1997). Tal prática, estimulada pelas/os assistentes sociais, possibilita que os usuários analisem criticamente a realidade e desvelem as situações em que estão mergulhados, contribuindo para que participem do processo de transformação da realidade. Nesta perspectiva, o trabalho profissional deve ultrapassar a abordagem individual e priorizar a abordagem coletiva, “(...) em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos” (CFESS, 2010, p.56).

Tecidas tais considerações, passemos agora para outra dimensão da integralidade que aparece nos textos, qual seja, a intersectorialidade.

4.3.2.1.4 O Debate da Promoção da Saúde e da Intersetorialidade no Serviço Social.

No cenário brasileiro atual, a intersectorialidade, ao menos em termos do discurso do MS, tem adquirido centralidade na área de saúde (especialmente na APS, mas também na subárea de saúde mental e de saúde do trabalhador), presente também em outras políticas, como a assistência social, a política de proteção à criança e ao adolescente, etc.

Neste cenário, ainda que não seja nosso objetivo fazer uma análise do debate sobre a intersectorialidade na produção do Serviço Social no campo da saúde, consideramos relevante apresentar algumas anotações gerais sobre a forma como a noção tem sido tratada nos artigos analisados, com foco em sua relação com a PS, sua centralidade no trabalho do(a) assistente social na saúde, como evidenciamos em capítulo precedente, tendo clareza que este é tema que, por si só, demandaria nova pesquisa.

Apesar da relevância da intersectorialidade no debate sanitário e no próprio Serviço Social, cinquenta e seis (56) dos artigos analisados (57% deles), ou seja, mais da metade, nem mesmo cita o termo, Como conforme podemos observar na tabela, a seguir:

Tabela 8 - **Discussão conceitual sobre Intersetorialidade nos artigos analisados. Brasil, 2006 a 2012.**

INTERSETO RIALIDADE	ARTIGOS	TOT AL
Não cita	G2, G7, G8, G10, G11, G12, G13, G14, G16, G17, G18, G19, G22, G23, G24, G25, G27, RST1, RST2, RST3, RST7, RST8, RST9, RST12, RST13, RST14, RST15, RST16, RST17, RST18, RST19, RST20, RST21, RST22, RST23, RST25, RST26, RST28, AM 30, RST31, RST32, RST33, RST34, RST35, RST36, RST38, ST1, ST2, SS1, SS2, PS2, PS4, SM1, SM3, SM5, SM7, SM8, SM10, SM12, RAPS3, RAPS4, RAPS10, RAPS13, RAPS14, RAPS15, RAPS16, RAPS17	67

Apenas cita	G3, G4, G5, G9, G20, G21, G26, RST4, RST5, RST10, RST24, RST27, RST29, RST37, ST4, ST5, PS1, PS3, SM2, SM6, SM17, SM18, SM19, RAPS1, RAPS2, RAPS5, RAPS6, RAPS7, RAPS8, RAPS9	30
Apresenta alguma indicação conceitual	G1, G6, G15, RST6, RST11, ST3, SSM4, SM9, SM11, SM13, SM14, SM15, SM16, SM20, SM21	15
TOTAL		112

Fonte: Elaboração própria

Vale mencionar que o termo não apareceu nos textos sobre saúde suplementar e em mais da metade dos textos gerais e dos sobre as redes de atenção secundária e terciária. Entretanto, alguns artigos, embora não mencionem a expressão, citam a ideia da “articulação” entre as políticas ou “parceria” entre instituições, adotam a terminologia “políticas transeitoriais” ou “abordagem interinstitucional”; descrevem atividades realizadas através de articulação das unidades de saúde com escolas, ambientes de trabalho, etc.

É imprescindível assinalar que tal quadro, contudo, não significa que o debate da intersectorialidade não seja realizado no Serviço Social. Encontramos alguns textos²²⁷, especialmente na área da assistência social, que se debruçam sobre a temática, alguns inclusive fazendo a discussão de sua articulação com a saúde; outros tratam sobre a intersectorialidade e determinados campo da política sanitária, como atenção à saúde da criança, do adolescente privado de liberdade, ou das ações realizadas por equipes da ESF.

Cumpramos mostrar que aqueles que aludem à intersectorialidade não necessariamente dão um tratamento conceitual ou teórico ao mesmo. Esta tendência também foi percebida em estudo de Mioto e Schütz (2011) junto a assistentes sociais que atuam na área saúde.

(...) O Serviço Social tem tratado de forma bastante genérica a intersectorialidade, apesar de esta ser uma temática de grande relevância para as políticas públicas, com as quais a profissão trabalha. Apesar disso, as

²²⁷ No CBAS 2010 encontramos 6 artigos sobre intersectorialidade, mesma quantidade dos periódicos no período em estudo.

informações expostas deixam patente que o exercício profissional dos assistentes sociais mobiliza setores diversos no atendimento da população, o que contraria essa não identificação da intersetorialidade em suas ações profissionais. Ao mesmo tempo, a dificuldade de conceituar a intersetorialidade concorda com a forma polissêmica que esta é tratada pelos autores (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p.14).

Em outros termos, as conceituações em torno da intersetorialidade, no debate sanitário em geral, são amplas e heterogêneas e as noções que aparecem nos textos não fogem a tal tendência. Neste sentido, a intersetorialidade é concebida em alguns artigos como parte dos princípios e diretrizes do SUS, associado à integralidade, ao trabalho interdisciplinar, à qualidade de vida.

Como princípio normativo das Legislações que embasamos nossas práticas, valoriza-se a implementação de ações e serviços intersetoriais, ou seja, entre setores como saúde, educação, trabalho, etc., voltados para o atendimento à família. Estas ações e serviços setoriais devem ter objetivos e desenvolver processos mais ambiciosos de proteção e alteração da qualidade de vida do grupo familiar, com ênfase no portador de transtorno mental (SM2, p.5).

O SUS vem sendo construído sob alguns princípios e diretrizes, a saber: a Universalidade enquanto direito à saúde para todo cidadão, a Acessibilidade enquanto viabilização do atendimento, a Igualdade com Equidade enquanto reconhecimento das necessidades e diferenças, a Intersetorialidade, a Integralidade enquanto atendimento a todos os níveis de necessidade, a Hierarquização enquanto organização do sistema pelos níveis de complexidade (primário, secundário e terciário), a Resolutividade enquanto capacidade de oferecer respostas eficientes e adequadas e por fim, a Regionalização, a Municipalização e o Controle Social (RAPS2, p.2).

Alguns dos textos analisados fizeram menção direta à relação entre PS e intersetorialidade:

[O Processo de trabalho das equipes compreende a] Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal (RAPS5, p.4).

Tomando a intersetorialidade especificamente no plano da assistência à saúde, considera-se que ela permite a ressignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Assim a intersetorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde (G6, p.230).

Os artigos PS3 e G1, que trataram mais enfaticamente da NPS, indicam a relação entre as políticas públicas saudáveis e a intersetorialidade:

A formulação de políticas públicas destinadas à promoção do envelhecimento saudável é uma perspectiva que deve ser levada em conta pelos nossos governantes. A articulação intersetorial não deve ser dificultada pela limitação de recursos humanos. É possível visualizar alguma articulação no nível das políticas no plano do desenvolvimento de conhecimentos sobre saúde e condições de vida dos idosos (PS3, p.165).

(...) a busca de soluções e a construção de parcerias intersetoriais são, portanto, alternativas para identificar interesses comuns e resolver problemas, influenciando positivamente na participação ativa das pessoas, nas alterações das condições sanitárias e na maneira de viver, constituindo uma cultura de saúde (RAVAGNANI; SARRETA, 2008) (G1, p.46).

A intersetorialidade também é concebida como elemento do novo modelo de atenção à saúde, especialmente a partir das reflexões de Mendes (2006), estando em foco principalmente o espaço da micropolítica. Adquire grande destaque particularmente nas subáreas da APS e da saúde mental.

Em boa parte dos artigos desta última subárea, a intersetorialidade aparece relacionada à terminologia “trabalho em rede”. Aqui pode se referir tanto à construção de novas redes de sociabilidade (para inserção dos portadores de sofrimento psíquico), quanto à rede de proteção social.

Desta maneira, [a intersetorialidade] permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, colabora para ações resolutivas em saúde. Não obstante a construção de necessárias parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (DIAS, 2010). A intersetorialidade remete, também, ao conceito/ideia de “rede”, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (DIAS, 2010) (SM21).

(...) a rede tecnoassistencial pode ser entendida como uma rede de conversações, uma vez que cada momento da conversa pode envolver variadas atividades técnicas específicas e cada nó constante nesses momentos corresponde a um encontro entre profissional e usuário. É devido à técnica da conversa que todos os espaços oferecidos podem ser interconectados, o que possibilita ao usuário as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede, ou seja, maior acesso, transformando-se, dessa forma, em espaços coletivos de conversação (intersetorialidade) (G3 - p.44 – grifos nossos).

Notamos, no último trecho, a noção da intersetorialidade como “conversação” entre os setores. No entanto, como indica um dos artigos, ela tem um significado bem mais amplo:

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade é construída e fortalecida enquanto processo coletivo (CAMPOS, 2004b), como já mencionado, entre diversos setores, e principalmente de uma construção com a população, considerando as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja, de cada local, de cada sujeito, visando atender às necessidades encontradas, e ainda valorizar e incentivar a participação da população neste processo (SM21, p.233).

Outras/os autores(as) dos textos analisados esboçam conceitos nessa perspectiva, apontando para a macro política, para a intersetorialidade como uma estratégia de reorganização dos serviços, como articulação e diálogo entre políticas.

A maioria dos artigos, contudo, discorre sobre a intersetorialidade como ação, estratégia, parceria ou articulação entre diferentes instituições, que deve ser adotada no trabalho das equipes de saúde. Assim, são mencionadas experiências de trabalhos realizados junto a escolas e outros equipamentos sociais.

Tal tendência indica que, apesar da importância da intersetorialidade para o trabalho do(a) assistente social na saúde, conforme discorremos em capítulo predecessor, o debate acerca do tema precisa ser aprofundado. Expressão de uma concepção bastante restrita é a que associa intersetorialidade à **encaminhamento**.

Na dimensão material [o assistente social na ESF] contribui a partir de ações e viabilização de benefícios sociais (estudo e seleção socioeconômica, entrevista, distribuição de auxílios materiais) e acesso à rede intersetorial de serviços (encaminhamentos) (RAPS5, p.89).

Não obstante, o estudo de Costa (2010) sobre a intersetorialidade no trabalho do(a) assistente social na saúde revelou que as articulações deste profissionais com outros setores “(...) vão além de simples encaminhamentos, pois são frutos de contatos por telefone, negociação entre a equipe de Serviço Social e as organizações da rede socioinstitucional, socioassistencial e de apoio, por vezes envolvendo gerentes e gestores” (COSTA, 2010, p.223). Gonçalves et al.

(2011, p.98) chama a atenção que ações intersetoriais também não se limitam à tessitura de “parcerias”: requisitam "(...) a uma construção compartilhada, troca de saberes e práticas na tentativa de se melhorar a qualidade de vida da população”.

Costa (2010) denuncia que, num cenário no qual a intersetorialidade não é tratada como uma efetiva diretriz política do modelo de atenção à saúde, acaba sendo reduzida a ações emergenciais, como se demandasse ação voltada para indivíduos, sendo reduzida a uma atividade das/os assistentes sociais, como indicamos em capítulo antecedente.

(...) ao não constituir-se diretriz da política de saúde, e nem do Serviço Social, as articulações intersetoriais ficam resumidas a atividades, que não superam o conjunto das ações fragmentadas; ao contrário, têm se ajustado a tal fragmentação, suprindo as lacunas de tal processo. Sem questioná-las frontalmente, permanecem como atividade emergencial, respondendo a demandas sem sistematizar, problematizar e publicizar a dramática realidade dos usuários e a própria indiferença com que a política de saúde, em geral, ainda encara essa realidade (COSTA, 2010, p.210).

Indubitavelmente, a tessitura de práticas intersetoriais no território é um eixo fundamental para ultrapassar as ações curativas ou restritas às unidades de saúde. Não obstante, conforme alerta Santos (2010), a intersetorialidade se distingue de articulação ou coordenação de ações: ela remete a modificações nas dinâmicas e processos institucionais, assim como nos conteúdos das políticas setoriais e da própria gestão pública.

Nesta pista, vários artigos referem às elucubrações de Costa (2006) sobre o papel que o(a) assistente social vem assumindo, frente às contradições do SUS, de ser requisitado(a) na grande maioria das demandas por intersetorialidade e ao tentar construir respostas a elas:

Em meio a uma política que foca a promoção, prevenção e educação em saúde, e busca consolidar um atendimento em saúde humanizado, integral e participativo, vemos no assistente social um articulador entre usuário e serviço e entre os profissionais envolvidos no programa. E ainda no desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuindo para a democratização do acesso à saúde, o fortalecimento da cidadania e o estímulo à organização popular e comunitária (RAPS9, p.5).

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 2006, p. 341) (RST27, p.8).

Pelo exposto constatamos que a intersetorialidade, apesar de ter centralidade discursiva na política sanitária atual e ser um elemento basilar para o trabalho do(a) assistente social nas diversas subáreas sanitárias, vem sendo precariamente tratada em termos conceituais nos textos que relacionam saúde e Serviço Social. A relação com a NPS também quase não aparece, o que implica certo desconhecimento das raízes da própria discussão da intersetorialidade.

Costa (2013) chama a atenção para o fato de que, nas propostas da RSB, a intersetorialidade está implicitamente colocada como estratégia para efetivar o direito à saúde em seu sentido ampliado, o que se relaciona intimamente com a promoção da saúde.

4.3.2.1.5 A Atenção Primária à Saúde concebida como Espaço Promocional: a Promoção da Saúde como nível de atenção

Uma perspectiva que encontramos nos artigos analisados foi a da PS como nível de atenção à saúde. Tal enfoque tem relação com o legado preventivista de Leavell e Clark (1977) que, como analisamos no primeiro capítulo, compreende a PS como um nível de atenção: estaria situada na primeira fase da prevenção (primária) e abrangeria ações para tentar impedir o advento da enfermidade; a segunda fase seria a prevenção secundária, que obstaria a evolução do processo patológico no organismo, através da cura ou da inibição de complicações; e na terceira (prevenção terciária) estariam ações voltadas para atenuar a invalidez (ANDRADE, 2006). A cada um de tais fases corresponderia um nível de atenção.

Esta ideia foi retomada pelo Movimento de Medicina Comunitária e influenciou a formulação da proposta dos Cuidados Primários de Saúde e da própria APS, em Alma Ata, através do modelo da pirâmide. De acordo com Cecílio (1997), a proposição foi vista como uma possibilidade de racionalização do atendimento (fluxo organizado de usuários), bem como uma estratégia de expansão de cobertura dos serviços de saúde. Tal modelo coloca a APS como porta de entrada universal - pela proximidade do serviço da moradia dos usuários-, facilitadora do acesso e da criação de vínculo da equipe com a comunidade.

Vale registrar que, ainda segundo o autor citado, o espaço da rede básica era considerada o *locus* privilegiado de modelo contra-hegemônico e representava um ideário de justiça social para o setor.

É neste veio que transcorrem as propostas da Medicina Comunitária, dos Cuidados Primários e da RSB, das quais Franco e Merhy (2007) destacam as similaridades. Para tais autores, tal matriz explicaria, também, o grau de adesão dos setores reformistas à ESF.

Silva et al. (2011) aludem que a associação entre PS e APS é justificável inclusive pela trajetória da NPS: todos os principais eventos-marco do Movimento articulam as duas vertentes e sugerem ser a última tida como o *locus* prioritário para a viabilização da NPS.

No Brasil, a PNPS caminha na mesma direção, ao afirmar a ESF como “o marco operacional da Promoção da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010)” (SILVA et al., 2011, p.102). Deste modo, não é de se estranhar que tal concepção esteja presente em diversos dos artigos estudados, de forma direta ou indireta, como notamos a seguir:

A ideia central é que orientações, problemas ou modificações no sistema de saúde possam repercutir diretamente na emergência [dos hospitais]. Essa ideia parece bastante apropriada a nossa realidade, **pois fica evidenciado que os maiores problemas enfrentados pelos serviços de emergência dizem respeito aos hiatos e descontinuidades do nível de promoção de saúde**, à ausência ou pouca efetividade dos serviços e atenção primária e secundária (RST4, p.141 - grifos nossos).

De acordo com Souza (2001) os serviços de saúde são organizados de acordo com os níveis de atenção: atenção primária (básica) – é representada por unidades **que realizam a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência e reabilitação** – Unidade Básica de Saúde e/ou Unidade de Saúde da Família; nível secundário – caracterizado por atendimentos especializados e procedimentos de média complexidade – centros de saúde, policlínicas, hospitais de baixa complexidade; nível terciário – compreende procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares para este nível – hospitais de emergência, gerais e especializados; nível quaternário – formado pelos serviços especializados de alta complexidade, como por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer, o Instituto do Coração e o Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (RST4, p.141 - grifos nossos).

O **nível primário** é integrado por postos de atenção básica que realizam ações de **educação, prevenção, promoção e assistência médica**, realizada por médico generalista, além de assistência de enfermagem. O nível secundário é integrado por centros de saúde, onde se realizam atividades em pronto atendimento, de atenção médica especializada e ações de apoio, diagnóstico e terapia, além de atendimento de urgência. O nível terciário é geralmente composto por um hospital geral, responsável pelos atendimentos de emergência, internações, cirurgias e exames de maior complexidade (RST26, p.3 - grifos nossos).

Dessa maneira, no primeiro trecho vemos a menção direta à PS como sinônimo de APS; nos seguintes, fica evidente que a promoção, a prevenção e a educação em saúde estariam circunscritas à APS. Em outras palavras, a PS diria respeito a ações em um nível de atenção e não a um referencial ou perspectiva que deveria atravessar todos os níveis do SUS e inclusive extrapolar o setor saúde.

Reconhecemos que a ESF, pelas possibilidades e contradições que constam em suas características, se concretizada a partir dos princípios do MRS, apresenta potencialidades de contribuir para alterações no modelo de atenção à saúde. Um dos artigos analisados aponta nessa direção.

(...) As possibilidades de ações de promoção da saúde com atuações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais são amplas junto a ESF e o NASF (G9, p.133).

A Atenção Básica e a Vigilância em Saúde com todo seu potencial de promoção, prevenção e de educação em saúde, bem como de educação política, podem possibilitar aos usuários acessarem a rede de serviços antes de adoecerem. Esta forma de atuação implica fazer também com que a atenção básica realmente funcione como a porta de entrada do SUS. Tensionar os **nós críticos** das dificuldades de acesso ao SUS está entre as competências técnico-políticas dos profissionais de saúde, no sentido de permitir que os usuários quando necessitem chegar aos serviços de média e alta complexidade tenham um diagnóstico precoce e em tempo de viabilizar tratamentos resolutivos e não apenas paliativos. **A Atenção Básica e a Vigilância em Saúde são as ações que se utilizam pouco do chamado Complexo Industrial da Saúde, portanto, suas ações são contra-hegemônicas e se direcionam ao cumprimento do princípio universalizante do SUS** (G9, p.135 – grifos da autora).

Apesar de concordamos com a importância que a APS e a vigilância da saúde podem ter para o SUS, consideramos que, pelas raízes históricas da proposta (que apresentamos no capítulo primeiro) e pelo significado que a priorização da APS tem para a política sanitária do país, o último trecho citado acaba por assumir uma conotação romântica, por dois motivos.

O primeiro é que, mesmo não fazendo uso ampliado do que Merhy (2004) denomina de tecnologias leve-duras e duras, a APS não deixa de ter relação com a indústria da saúde, mas agora a partir da subvenção estatal, de maneira semelhante à Medicina Comunitária (sobre a qual tratamos no 1º capítulo), já que, com a expansão do acesso, os serviços de saúde passam a abranger contingentes que anteriormente não estavam nele incluídos de maneira oficial

(SILVA JUNIOR, 2006). Dessa forma, a depender das configurações, tal qual sua antecessora, a APS pode se delinear como complementar ao sistema biomédico.

Neste sentido, consideramos que a APS não é necessariamente contra-hegemônica e, se tem contribuído para a universalização dessa rede de atenção, tem ainda longa caminhada a trilhar para assegurar a integralidade, especialmente no que se refere à continuidade do acesso, conforme dissertamos no capítulo precedente.

Além do mais, apesar da ênfase à APS no discurso do governo federal, Costa (2013) lembra que esta rede de atenção ainda é marginal no SUS, inclusive em termos de financiamento, posto que os recursos deste são consumidos majoritariamente nos procedimentos de alto custo, prestados seja pela iniciativa privada, seja pelo setor público. É importante frisar, segundo a autora, que o privatismo é tão forte no interior do sistema de saúde que impede a articulação entre a APS e as demais redes de atenção, gerando uma medicina simplificada para os (as) pobres, descolada das redes secundária e terciária. Tal processo indica tanto a necessidade de fortalecimento da APS, quanto à necessidade de investimentos nas redes secundárias e terciárias **públicas**. No entanto, ao se observar as ações e programas do Ministério da Saúde, constata-se que as iniciativas atuais continuam voltadas para a ESF e os serviços de urgência e emergência: pouco se tem avançado no sentido de modificações, ampliação e qualificação das demais redes de atenção à saúde (VASCONCELOS, 2011).

Retomando a análise dos artigos, notamos também uma perspectiva – muitas vezes latente – de dicotomização entre prevenção e promoção x clínica, especialmente no que tange à ESF. É como se esta devesse se voltar somente para os primeiros elementos, sem se preocupar com atenção curativa.

Conforme o SUS foi sendo estruturado nos diversos níveis de atenção à saúde da população, desenvolveu-se no primeiro nível, isto é, na Atenção Básica, a estratégia **Saúde da Família**, que consiste num trabalho de equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de **promoção** e **prevenção** da saúde diretamente com as famílias que residem na área de abrangência de responsabilidade de cada equipe (RAPS1, p.5 - grifos nossos).

Retomando a discussão no âmbito da ESF, a interdisciplinaridade surge como elemento que vem **imprimir/transformar as antigas práticas curativas em ações mais abrangentes de promoção e prevenção em saúde**, acionando e articulando os diversos campos de saber expressos nas

diferentes categorias que podem vir a integrar a equipe mínima do programa (RAPS15, p.7).

Perspectiva semelhante também apareceu em um dos textos que não se direcionavam para a APS.

Neste período [anos 1980], diversos setores sociais, inclusive os profissionais de saúde, discutiam a saúde pública buscando novos direcionamentos. **Procurou-se renovar as práticas de saúde pondo em primeiro lugar a promoção da saúde, em segundo a prevenção das doenças e, por último, a atenção curativa, já que ocorria o inverso, havia o foco na atenção curativa, no modelo hospitalocêntrico (...)** (NST 18, p.2 - grifos nossos).

Pelo exposto, é como se na ESF, a prevenção e a PS devessem assumir o papel mais relevante no trabalho das equipes, até mesmo em detrimento da clínica. Essa tendência, entretanto, segue uma postura implícita nas próprias diretrizes oficiais da ESF, como indicam Franco e Merhy (2007), com a qual corrobora Campos (2008): a desvalorização da dimensão clínica. Subordinada à epidemiologia, ela parece assumir o papel de subsidiária na APS, distintamente do modelo europeu, canadense e cubano, como alerta Campos (2008). Assim, este autor mostra que “vários elementos da dimensão clínica foram desvalorizados, inclusive a ampliação do poder do pessoal da atenção primária para regular a relação com especialistas e hospitais” (CAMPOS, 2008, p.18). Isso decorreria, de acordo com o citado analista, de uma ênfase preventivista na ESF. Este tipo de abordagem acaba abrindo margem para uma secundarização da assistência à saúde, como se a população não necessitasse de atenção clínica, ou então para uma tensão – subentendida - entre a clínica e a prevenção e promoção da saúde. A primeira acaba associada ao modelo biomédico; já a promoção acaba se transformando em “paradigma”, distante da clínica, numa verdadeira armadilha²²⁸ (CAMPOS, 2006).

Percebemos que, muitas vezes, tal dicotomia é abraçada - de maneira acrítica - por profissionais genuinamente comprometidos com a Reforma Sanitária que, objetivando a mudança do modelo de atenção, nem sempre dimensionam o papel que a clínica também precisa ter na configuração dos serviços de saúde. Onocko Campos (2006, p.69) alerta que

²²⁸ Para exemplificar essa postura, Onocko Campos (2006, p.69) relata: “(...) recentemente, tenho tido contato com pessoas que trabalham no PSF de várias cidades do estado de São Paulo. Todas, invariavelmente, quando se lhes pergunta sobre a finalidade de seu trabalho, declaram: “a promoção à saúde”; e quando interrogadas sobre como gastam seu tempo, respondem: “ufff, num monte de consulta picada, do tipo queixa-conduta”. Mas isso lhes parece inevitável, pois fazendo consultas rápidas logram abrir tempo na agenda para fazer visitas domiciliares e desenvolver algumas outras atividades, essas sim, ditas de “promoção”.

“clínica e promoção precisam andar juntas; porém, são diferentes, possuem especificidades e ritmos próprios”. Esta analista coloca, então, a discussão sobre a Clínica Ampliada²²⁹, que situamos brevemente em capítulo anterior.

Deste modo, embora a mudança do modelo de atenção à saúde requisitada pela Reforma Sanitária, como indicamos em capítulo anterior, implique alteração no trabalho em saúde, revertendo o foco na atenção curativa, não pode descuidar da importância da clínica para a integralidade da atenção sanitária. Senão, conforme sinalizamos, o investimento na promoção pode se transformar em justificativa para diminuição de recursos na assistência à saúde ou para a secundarização da assistência direta à saúde, elemento fundamental para a integralidade da atenção.

4.3.3 A “ausência” da Promoção da Saúde: a perspectiva preventivista em foco

Uma perspectiva que está presente no debate do Serviço Social, ainda que indiretamente, é a preventivista. Cabe destacar, contudo, que tal tendência não está presente apenas em nossa área: segundo Westphal (2006), apesar de toda a crítica da Saúde Coletiva/Medicina Social latino americana ao ideário preventivista, até os dias atuais numerosos profissionais de saúde compreendem a prevenção e a promoção da saúde tal como concebidas no esquema de Leavell e Clark (1977). Deste modo, conforme Andrade (2006), a NPS tem sido confundida, algumas vezes, com a perspectiva daqueles autores (ANDRADE, 2006).

Um dos textos analisados chega a mencionar a terminologia utilizada pelos autores citados:

Tendo em vista a repercussão da deficiência auditiva na vida de uma criança e de sua respectiva família, programas para detecção precoce que visam à triagem e o diagnóstico precoce da surdez são necessários no primeiro ano de

²²⁹ “(...) há que salientar uma ressignificação do conceito de clínica através de uma adjetivação de **clínica ampliada**, que não mais se confunde com a clínica médica, pois não se reduz ao tratamento medicamentoso, mas incorpora outros saberes, disciplinas e práticas socioculturais” (SM13, p.3 – grifos originais). A discussão sobre essa estratégia vem ganhando espaço no cenário nacional e, em nossa leitura, precisa ser aprofundada no Serviço Social.

vida. **Podemos considerá-la medida de prevenção primária fazendo parte dos programas de promoção e proteção à saúde previstos pela política de saúde brasileira**, que podem ser desenvolvidos por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos (RST9, p.333 - grifos nossos).

O artigo PS3, que se pauta na perspectiva da NPS, faz uma afirmação que o aproxima da vertente preventivista, ainda que considere que o foco deve ir além da doença:

Além disso, [as políticas públicas voltadas para os idosos] devem ofertar medidas preventivas que permitam a identificação de situações de risco e encaminhamento adequado pelo sistema de atenção. Destaca-se, aqui, a não restrição da prevenção a procedimentos diretamente ligados a doenças, mas a orientações mais amplas relacionadas ao bem-estar, de acordo com as particularidades de cada pessoa idosa. Por exemplo: refletir sobre possibilidades de ocupação do tempo livre, identificar problemática individual ou familiar indicada para psicoterapia, orientação nutricional, dentre outras (PS3, p.166).

Os demais textos analisados não usam a terminologia, mas a ideia dos citados autores de enfatizar a prevenção e a educação em saúde. No entanto, aparentemente os DSS não são desconsiderados, o que resulta em noções bastante híbridas, mas que indicam um desconhecimento sobre o debate promocional.

É importante mencionar que alguns dos textos colocam como foco principal da mudança do modelo de atenção a “prevenção”, que estaria associada ao coletivo, enquanto a assistência se vincularia ao individual, como podemos conferir nos trechos abaixo:

Compreender o processo de saúde nessa perspectiva é pensar o processo de **modo coletivo e preventivo**, diferente do modelo médico-hegemônico, que prevê o **enfoque curativo individual**. O Sistema Único de Saúde vem como uma dessas prerrogativas de enfretamento desse modelo “ultrapassado”, mas a mudanças realizadas por essa nova política de saúde pública, encontra contradições em seu funcionamento (G11, p.136 - grifos nossos).

Historicamente as ações em saúde foram centradas na doença, havendo dois focos principais para os quais eram direcionadas as ações: o **tratamento** e a **cura**. Atualmente, o delineamento dos indicadores de saúde das populações, monitorados dentre outros dispositivos através das estratégias de vigilância em saúde, tem orientado ações que apontam para a **importância da focalização em intervenções preventivas** a partir de um conceito ampliado de saúde (G4, p.81 - grifos nossos).

Nessa ótica, o setor saúde necessita tanto de medidas **preventivas, de caráter coletivo**, quanto de **atenção médica** de alta complexidade tecnológica. Assim, **necessário se faz superar a dicotomia entre as ações de caráter individual e as de caráter coletivo, que levam à setorialização**

da política de saúde em programas estanques (G14, p.14 - grifos nossos).

Nestes trechos, chama a atenção referência a crítica da RSB à dicotomia entre a saúde pública (preventiva) e a assistência médica (curativa). Como demonstramos, este movimento já se colocava de maneira contundentemente crítica ao denominado movimento preventivista (sobre o qual tratamos em capítulo anterior). Desse modo, quando as/os autores(as) da área de Serviço Social colocam a prevenção como um elemento fundante da mudança do modelo de atenção, parece haver o desconhecimento (ou desconsideração) da abordagem realizada pelos reformistas pioneiros.

(...) O processo de trabalho na Atenção Básica deve priorizar a solução dos problemas de saúde mais frequentes identificados na população do território. Este, focado nos grupos de risco, tem a finalidade de **prevenir** agravos em saúde e danos evitáveis (RAPS2, p.2 – grifos nossos).

O artigo RAPS5 acrescenta à prevenção a educação em saúde:

Nas unidades de saúde da família a ferramenta fundamental para o êxito do modelo assistencial à saúde é o **trabalho educativo** onde a abordagem deve estar focalizada na família, na comunidade e na **prevenção**, e a prática deve priorizar o saber humanitário (RAPS5, p.3 – grifos nossos).

Chama a atenção que tal (in)compreensão esteja presente inclusive na literatura específica da subárea da APS. Neste sentido, Tesser et al. (2010) encontraram realidade semelhante em estudo realizado com profissionais da ESF, como já indicamos.

Em segundo lugar, embora haja a defesa da perspectiva da integralidade, como percebemos no último trecho, não há menção à promoção da saúde, que, como ação, estava prevista na própria legislação de criação do SUS. Em alguns outros artigos também notamos essa ausência da PS quando foram citadas as responsabilidades do sistema de saúde:

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2001) (RST14, p.141).

Dentre algumas das principais atribuições do SUS, podemos destacar a prevenção e o tratamento das doenças, saúde do trabalhador, saúde da família, controle e fiscalização dos serviços, formulação de políticas de

medicamentos e outras caracterizando-se assim, como uma política descentralizada e de responsabilidade das três esferas da gestão - União, estados e municípios (G15, p.2).

De um lado, ao não se conceituar a promoção da saúde, abre-se margem para compreensões restritas como se a PS ocorresse através de ações de prevenção e cura:

O Sistema Único de Saúde deve **promover** a saúde **através de ações preventivas e curativas**, democratizando as informações relevantes para o conhecimento da população quanto aos seus direitos e os riscos à sua saúde (G14, p.9 - grifos nossos).

Por outro lado, embora seja um termo imbuído de carga ideológica, como vimos em capítulo anterior, podendo representar o foco central de uma racionalidade sanitária ou uma ação, nas produções da área de Serviço Social e Saúde, constatamos também a ausência da conceituação da “prevenção” na maior parte dos textos analisados. Mesmo aqueles que se pautam na perspectiva da “vigilância da saúde”, na qual o autor mais citado (MENDES, 1996) explicita o significado da prevenção, não apontam uma conceituação mais clara.

Em outros textos, prevenção e PS são usados como sinônimos ou como “gêmeos siameses”, o que retira deles todo o caráter sócio histórico e os torna apenas um componente “técnico” do trabalho em saúde.

Não estamos aqui desconsiderando a importância da prevenção. Ela tem um papel relevante no SUS e na tessitura de um novo modelo de atenção à saúde, especialmente no enfrentamento de determinadas síndromes/patologias que possuem um papel relevante no quadro de morbimortalidade atual, como é o caso do HIV/AIDS, da obesidade, do câncer, como defendem alguns dos artigos analisados:

Em que pesem estes sucessos no campo da política pública, ainda persistem importantes desafios. A descontinuidade da atenção pré-natal, incorrendo em falhas no que concerne à **prevenção da contaminação vertical**, bem como a necessidade de maior preparo da atenção básica para o diagnóstico, com a garantia de acesso aos resultados em tempo adequado, constituem algumas das dificuldades a serem superadas pela política pública (NST 29, p.2 - grifos nossos).

Infelizmente, em muitos casos, os sintomas aparecem quando a doença já se encontra instalada, sendo que alguns indivíduos já possuem uma predisposição genética a vir a desenvolver algum tipo de câncer em algumas fases de sua vida. Por isso **é de grande valia o investimento na prevenção por ser uma das maiores armas contra o câncer**, podendo ser entendida como um processo de mobilização de ações que objetivam evitar ou prevenir

o aparecimento do câncer. Todavia, quando a doença já está instalada é essencial procurar com maior rapidez as formas de tratamento cabíveis (RST21, p.2 - grifos nossos).

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são aspectos centrais para a redução de morbimortalidade, não só por ser a obesidade um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida pelas implicações diretas da falta de espaço social do obeso, gerando preconceito, marginalização, isolamento e exclusão social. [...] **O investimento público tem sido direcionado aos aspectos curativos da obesidade mais do que aos processos educativos de prevenção.** A prevenção reduziria os gastos do SUS como tratamento da obesidade e as doenças a ela associados (RST14, p.2; 5 - grifos nossos).

O último trecho faz referência ao financiamento. Ainda que não seja nosso objetivo discutir essa questão fundamental à tessitura da política de saúde, não podemos deixar de mencionar que, embora as lutas da RSB reiviniquem alterações neste campo, os maiores gastos do SUS seguem voltados para a atenção secundária e terciária: apesar do crescimento no investimento financeiro na APS, os poucos recursos públicos ainda são investidos prioritariamente na Assistência Hospitalar e Ambulatorial. De acordo com Davi et al. (2011), do valor executado pelo Ministério da Saúde em 2010, 50% estavam voltados para estes níveis de atenção e apenas 16,77% foram destinados à APS. Inquestionavelmente há necessidade de ampliação do financiamento desta rede de atenção, bem como da qualificação das demais redes.

No entanto, é fato que o setor saúde – a prevenção e a educação em saúde como carros-chefes - não consegue enfrentar sozinho essas tais doenças crônico-degenerativas, que estão associadas à forma de vida contemporânea²³⁰. Em síntese, a discussão da prevenção das doenças

²³⁰ Vejamos a questão da obesidade infantil, por exemplo. Segundo a OMS, este é um dos mais graves problemas de saúde pública atual: um terço da população entre 5 e 9 anos está acima do peso recomendado, o que pode gerar algumas patologias, como hipertensão, diabetes, problemas cardiovasculares, renais e cerebrais (DINIZ, 2012). Entre fatores associados à patologia estão o pouco tempo dedicado às atividades físicas e o elevado consumo de alimentos industrializados. Sabemos que tal quadro tem a ver com o próprio ritmo de vida coetâneo e também está associado à publicidade de alimentos ricos em açúcares e gorduras, entre outros. Dessa forma, o enfrentamento da obesidade infantil envolve diversos interesses, especialmente no campo da indústria alimentar. Exemplo disso foi a suspensão, pela Justiça Federal, da resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2010, com novas regras para a publicidade de alimentos (obrigando propagandas de produtos com grandes taxas de açúcar, sódio e gorduras saturada ou trans a alertar sobre os riscos desses produtos para a saúde), após solicitação do Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) e da Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA) (DINIZ, 2012). Outro exemplo dos grandes interesses econômicos em jogo foi o cancelamento de uma discussão sobre o papel da mídia na obesidade infantil no Congresso Mundial de Ciência e Tecnologia, “para não afugentar possíveis patrocinadores” (DINIZ, 2012). Assim, para além de uma abordagem meramente preventiva, com foco no estilo de vida individual, o

não pode ser restrita meramente aos estilos de vida. Enfatizar tal aspecto não significa desconsiderar o papel do indivíduo na condução de sua própria vida ou desconsiderar a necessidade de informação em saúde, mas atentar para o entrelaçamento entre questões individuais e coletivas, bem como discutir o papel do Estado na regulamentação de produtos nocivos à saúde.

Após apresentar as noções/concepções de PS dos artigos examinados, teceremos algumas considerações sobre a relação entre a mesma e o Serviço Social.

4.4 A RELAÇÃO ENTRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: UNIVERSO CONCEITUAL E IMPLICAÇÕES PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Como não são abundantes os textos que tratam da PS na produção teórica de nossa área, mais esparsos ainda são aqueles que tratam de sua relação com o Serviço Social. Tais referências, evidentemente, são entalhadas nas noções de promoção que analisamos anteriormente.

Ao buscar investigar a forma como os textos tratavam a relação da PS com o Serviço Social, vimos que, em determinados momentos, a mesma é citada como ação, ao lado da prevenção, proteção e/ou ES; em outras como objetivo ou referencial. Discutiremos inicialmente a primeira situação.

enfrentamento da obesidade infantil requer - como defende de forma pertinente a NPS - ações multiestratégicas, inclusive relativas à regulação da publicidade, o que remete a discussões sobre o papel do próprio Estado.

Em relação ao câncer, também as estratégias ditas preventivas muitas vezes focam nos estilos de vida, enfatizando questões relativas ao sedentarismo, tabagismo, alimentação saudável, etc. Contudo, elementos mais amplos também estão “em jogo”. Vide, por exemplo, a associação entre as doenças crônicas não transmissíveis e o uso de agrotóxicos, seja via aplicação e exposição, seja através do acúmulo dentro dos alimentos. “O mercado brasileiro de agrotóxicos é o maior do mundo, com 107 empresas aptas a registrar produtos, e representa 16% do mercado mundial. Somente em 2009, foram vendidas mais de 780 mil toneladas de produtos no país. Além disso, o Brasil também ocupa a sexta posição no ranking mundial de importação de agrotóxicos. A entrada desses produtos em território nacional aumentou 236%, entre 2000 e 2007. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil é o principal destino de agrotóxicos proibidos no exterior. Dez variedades vendidas livremente aos agricultores não circulam na União Europeia e Estados Unidos. Foram proibidas pelas autoridades sanitárias desses países” (Disponível em <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2845&idSubCategoria=24>).

4.4.1 O debate sobre Serviço Social e Promoção da Saúde: interlocução conceitual entre a prevenção, proteção, educação em saúde.

É importante mostrarmos que, como era de se esperar diante das noções presentes nos artigos, houve diversas alusões à relação entre o Serviço Social e a promoção, prevenção, proteção e educação em saúde, com diferentes combinações entre elas, associadas aos princípios e objetivos da profissão. Vejamos.

Alguns artigos mencionam a trilogia promoção-prevenção-proteção/recuperação como um dos objetivos do trabalho do(a) assistente social:

O Serviço Social do (...) [Hospital] tem como objetivo desenvolver ações voltadas para a garantia da participação da população na definição dos rumos da atenção prestada pela unidade, acesso às informações relativas aos seus direitos, interesses e necessidades na saúde e ao seu papel no **tratamento**, na **promoção** e **prevenção**, sem prejuízo da orientação, apoio e encaminhamentos necessários na atuação ao usuário' (RST32, p.3 - grifos nossos).

Com efeito, o Serviço Social deve investir em uma intervenção com vistas a garantir o acesso da população atendida às informações e aos direitos e serviços que visem à **promoção**, **proteção** e **recuperação** em saúde, dentro de uma perspectiva do processo saúde-doença, onde são considerados os fatores condicionantes e determinantes neste processo (RST35, p.4).

Notamos, assim, que também quando se faz a relação da trilogia com a profissão, seus componentes são mencionados como ações e sem que haja preocupação com a definição conceitual.

Alguns(as) autores(as) mencionam o dueto proteção e PS também como escopo do trabalho do(a) assistente social na saúde:

(...) Este profissional [assistente social] atua através da prestação de serviços sociais capazes de proporcionar a **promoção** e a **proteção** da saúde de indivíduos, famílias e comunidades (RAPS5, p.2 - grifos nossos).

Outros artigos já enfatizam a prevenção e a PS:

A abordagem do assistente social deve valorizar a **prevenção e a promoção da saúde, elementos centrais para a reflexão**, considerando a importância da alimentação saudável, a atividade física, o ambiente social, a redução do estresse, etc. Esta reflexão é pouco valorizada ou mesmo ausente no contexto da assistência. Suscitá-la constitui-se numa forma de denúncia das condições gerais e estilo de vida pouco saudável, ampliando-se espaço para alternativas

de transformação. A informação mobiliza ações de acordo com o contexto motivacional, tendo aí um papel relevante o tipo de relação que o profissional de saúde estabelece com o usuário (RST15, p.3 – grifos nossos).

O assistente social inserido em programas interdisciplinares é chamado a intervir e a responder à expectativa de contribuir para uma abordagem humanizada do paciente com excesso de peso, com enfoque na **promoção** da saúde e na **prevenção** de outras doenças crônicas. Nesse sentido, faz-se necessária a ampliação de espaços de reflexão sobre as metodologias possíveis frente a essa nova demanda que reafirmem os princípios éticos da profissão (RST14, p.5 - grifos nossos).

Aqui a prevenção e a promoção parecem se mesclar com a informação e a comunicação em saúde no desenvolvimento do trabalho do(a) assistente social.

O artigo RST36 amalgama a promoção à ES:

Nesse sentido, compreendemos que **ações de cunho educativo** e de **promoção** da saúde deveriam ser ofertadas aos usuários do serviço de uma forma geral, como direito de participação e acesso ao modelo que o SUS propõe, voltado para uma prática de qualidade, integral, contribuindo para a mudança de cultura nas unidades de saúde e também na maneira de ser, ver e agir dos usuários do serviço. Conforme aponta o nosso Código de Ética Profissional, em seus princípios fundamentais, há que se garantir “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população”. Sendo assim, o investimento nessas ações, são de suma importância para o assistente social, pois propicia a legitimidade e o encontro do profissional do Serviço Social junto a outras equipes e também com os usuários, conforme apontado [por] Merhy (1997) (RST36, p.3 - grifos nossos).

Como podemos perceber, o trecho não expressa uma distinção entre a noção de educação em saúde e de PS, embora se indiquem componentes fundamentais do debate promocional e do PEP.

É importante enfatizar que a ES aparece com grande realce na discussão sobre o exercício profissional – conforme mostramos anteriormente - na maior parte dos artigos, em diferentes composições com as demais ações ou sozinha. Deste modo, alguns artigos apontam para uma tríade, agora com a prevenção, a PS e a ES:

Nesse sentido, cabe ao assistente social, a partir de seu objeto, a questão social, planejar suas ações para que contribuam na melhoria da qualidade de vida e de saúde dos usuários da política de saúde, mais especificamente, do PSF, pela **prevenção, promoção e educação em saúde**, potencializando a participação da comunidade e o controle social (RAPS3, p.3 - grifos nossos).

Outras/os autores(as) sinalizam a associação entre a prevenção e ES enquanto componentes da ação profissional:

O profissional deve favorecer o proporcionar, espaços coletivos para socialização e democratização das informações, que ampliem a participação popular. Romper com ações com fim em si mesmo, que visam soluções paliativas. Buscar ações em equipe, proporcionando **ações educativas e preventivas** a respeito de direitos e do processo de cuidado em saúde do trabalhador (G11, p.138 - grifos nossos).

Além de algumas estratégias explicitadas por Vasconcelos (2003), como o planejamento das ações, a priorização de espaços coletivos, assim como a promoção de **ações educativas e preventivas**. Estas apresentam-se como desafios constantes que os assistentes sociais devem conviver, com a perspectiva de luta coletiva, junto às demais profissões e órgãos representativos que defendam os direitos sociais e a favor de um projeto societário, sem exploração e discriminação de classes, etnia e gênero (G11, p.147 - grifos nossos).

Notamos que especialmente nos artigos relacionados às redes secundária e terciária, o grande foco é a relação entre a ES e o Serviço Social. Supomos que isso ocorre porque, em linhas gerais, tais redes de atenção não são percebidas como locais nos quais a prevenção e a promoção possam efluir.

Assim, anuncia-se a relevância da ES para o trabalho em saúde, com destaque para a contribuição do(a) assistente social:

A experiência desse trabalho demonstrou a importância da prática educativa no processo saúde/doença e o Serviço Social têm um papel fundamental neste processo, em consonância ao Código de Ética profissional, no Artigo 5º. A prática educativa contribui para a mudança, ampliação e percepção da população usuária dos serviços oferecidos. O Serviço Social atua com base na garantia dos direitos básicos de cidadania, democracia, justiça social, equidade e humanização. Levando os usuários à reflexão e o entendimento de que é ser acompanhante uma melhora no atendimento e relacionamento entre acompanhante e equipe de saúde (RST30, p.4).

Alguns artigos discutem que o próprio caráter do Serviço Social, para além da dimensão assistencial, possui um perfil educativo, que também se manifesta na área da saúde, como podemos exemplificar no trecho abaixo:

Dessa maneira pode-se dizer que a prática profissional dentro da área de saúde por ser estabelecida com e nas mediações das relações sociais, está diretamente atrelada a um contexto maior das políticas sociais, não se limitando apenas ao âmbito da prestação de serviços e das necessidades

materiais, mas também ao desenvolvimento de ações socioeducativas, como corrobora Yamamoto (2003) ao demonstrar que atuação do Assistente Social tem: “[...] efeitos dentro da nossa sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que por sua vez, tem efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos (p.68) (RST21, p.6).

A prática do Assistente Social na (...) [instituição] tem uma característica essencialmente socioeducativa, que ora se manifesta nos atendimentos individuais, ora nos atendimento grupais (...) (RST9, p.342).

O artigo RST15 considera a ES como o horizonte da profissão:

A atuação do Serviço Social baseia-se no processo de educação e saúde através de ações que viabilizem a formação de uma consciência sanitária pela população. [...] (RST15, p.5).

Em nossa avaliação, a ênfase dos textos na intimidade entre o Serviço Social e a ES segue uma tendência presente na literatura da área de Serviço Social, especialmente em Vasconcelos (2002) e incorporada nos Parâmetros (CFESS, 2009). Neste sentido, dois importantes focos se destacam: a importância da prática reflexiva e da consciência sanitária, sobre os quais traçamos indicações em capítulo precedente.

Em relação à prática reflexiva, segundo Vasconcelos (1997), a ideia é que o exercício profissional incentive a reflexão da população, desvende as necessidades coletivas e priorize o “sofrimento social” em lugar da abordagem individualizada, ainda que sem desconsiderar a relevância do sofrimento individual. A prioridade da atuação do(a) assistente social deveria ser o trabalho com grupos, o trabalho coletivo, o que contribuiria para a superação de práticas individualizantes, fragmentadas. Alguns dos textos analisados, inclusive, fazem referências diretas às ideias da mencionada autora:

Na perspectiva de uma prática voltada para a realização e ampliação de direitos, conforme analisa Vasconcelos (2006), a autora traz como estratégias e ações, dentre outras:

- a identificação das demandas e necessidades coletivas, nem sempre explícitas, numa atenção prestada à questão social e não apenas às suas expressões fragmentadas; rompendo com práticas apenas individualizadas;
- a prioridade às ações de **promoção** e de **prevenção** de doenças, como proposto no SUS, as **ações educativas** com equipe de saúde e nesse sentido o assistente social deve priorizar “o sofrimento social para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social” (G26, p.5 – grifos nossos).

Outras/os autores também têm por esteio as sinalizações da analista citada:

Nesse sentido, a partir do nosso conhecimento teórico e do reconhecimento das dificuldades sociais no cotidiano dos nossos usuários, enquanto reflexo da questão social que se expressa de forma impactante na atenção oncológica, o Serviço social buscou potencializar espaços coletivos, através do trabalho com grupos, como uma possibilidade de intervenção, num processo de educação/reflexão/ação que nos permite coletivizar a discussão do cotidiano, e socialização da troca de informações. Sendo assim, reafirmamos um espaço Institucional público numa perspectiva coletiva (RST38, P.3).

A metodologia que norteia essa atuação do Serviço Social ocorre através da ação participativa, tendo em vista que a prática de saúde com orientação educativa deixa de ser um processo de persuasão ou transferência de informações, para tornar-se um **processo de reflexão com os sujeitos e grupos objetivando a transformação da realidade** (RST15, p.4 - grifos nossos).

Assim, a ES se imbrica com a socialização de informações, a busca da reflexão com grupos, assim como o incentivo à ação na realidade.

Associada a tal postura/abordagem, brota a ideia da formação da consciência sanitária, uma das metas da RSB (destacada nos Parâmetros), presente em parte considerável dos artigos.

Uma das autoras apresentou a relevância do trabalho com mediações, que também passa pela ideia da prática reflexiva. Reproduziremos a seguir o longo trecho de sua elucubração:

O trabalho dos assistentes sociais com as mediações, proposto por esta autora (Freire, 1998a e 2003), oferece um caminho [para maior qualidade do processo de politização], porém não tem sido suficientemente incorporado nos referidos planos de trabalho. Por esse motivo, reapresento a possibilidade de ruptura das práticas conservadoras e sua operacionalização, nos três sentidos de mediação propostos: 'O primeiro é o **reflexivo na busca das mediações ontológicas, pelo assistente social como pesquisador**, ou seja, na busca dos vínculos das situações presentes [demandas] no exercício profissional com os processos existentes nas totalidades universal, particular e singular, no sentido da apropriação da realidade concreta. O segundo sentido é o **reflexivo como educador, com os sujeitos assessorados [ou atendidos] pelo assistente social**; ele se dá a partir das percepções desses sujeitos sobre as demandas trazidas, buscando a ultrapassagem das aparências dessas demandas, na busca das contradições e dos processos ocultos, procurando captar as relações dessas demandas com as particularidades e as totalidades que com elas se articulam; este sentido inclui a análise dos meios e formas dos sujeitos agirem nesta realidade, assim como a descoberta de outros meios e formas de ação possíveis. O terceiro sentido é o **do estímulo**

ao desencadeamento, pelos sujeitos, de processos determinantes, em suas ações na sociedade, que denomino mediações de prática social. O assistente social exerceria aí o papel de assessor no planejamento das ações pelos sujeitos e seu acompanhamento, de acordo com a correlação de forças, também objeto de análise, e em articulação com mecanismos políticos coletivos, internos e externos à instituição (que compreendem outras instituições, organizações comunitárias, sociedade civil organizada, já identificados no segundo sentido) (Freire, 2003, p. 137-138) (ST5, p.307 - grifos nossos).

Vale lembrar, porém, que o caráter pedagógico do exercício profissional não se refere apenas a essa perspectiva de politização, de busca de construção de uma consciência sanitária, mas pode servir também à reprodução da ordem social, ao disciplinamento, ao foco nos estilos de vida.

Assim, apesar da presença dessa abordagem crítica em torno da ES, que vem associada ao controle social, à mobilização e organização popular, também encontramos perspectivas mais tradicionais, que direcionavam a noção de ES para a informação sobre normas e rotinas, como exemplificado abaixo:

O trabalho é desenvolvido através de reuniões com grupo de acompanhantes, para atingir os objetivos acima, com a participação direta da equipe multidisciplinar (Assistente Social, Enfermeiros, programa de humanização, nutrição, acadêmicos de Serviço Social e Enfermagem), Todos os encontros são registrados em livro ata. A dinâmica ocorre através de sugestões da equipe e dos próprios acompanhantes para uma melhor abordagem no **sentido de educar e orientá-los quanto às normas e rotinas do Hospital Universitário, tendo como base a educação em saúde** (RST30, p.3 - grifos nossos).

Vale lembrar que, não obstante a importância que a ES adquire no trabalho profissional, boa parte dos textos em foco não se voltou para uma conceituação da mesma, ainda que alguns textos se adote a perspectiva da Educação Popular²³¹.

²³¹ Até mesmo essa vertente educativa é heterogênea: Costa (2009, p.124) mostra que “(...) a educação popular não pode ser enclausurada num único conceito ou prática pedagógica” e que pode ser concebida como prática pedagógica ou como movimento político. Afirma que “a educação popular inaugura um paradigma educacional em que o homem é sujeito e não mero depósito de conhecimento. Essa concepção é, em si mesma, uma insubmissão – nos dizeres de Freire – às políticas educacionais e às relações de poder instauradas nos processos educativos, assim como a articulação entre o saber popular e o científico é um elementos imprescindível para unir o cotidiano a uma visão mais ampliada da realidade (GOHN, 1994)”.

É importante também evidenciar que houve variadas referências a ações ou programas de ES em todas as subáreas, abrangendo inclusive projetos de extensão, com foco nas mais diversas temáticas, conforme podemos visualizar a seguir:

Posteriormente começamos a intervenção propriamente dita na realidade da população indígena, através de ações de prevenção e promoção da saúde visando à melhoria na qualidade de vida, e autoestima, minimizando as tentativas de suicídio e violências. Esta atividade vem sendo desenvolvida através das ações socioeducativas, orientada pelo debate da educação popular, a qual intenciona no campo da saúde construir uma consciência crítica no educador e no educando mediante uma ação reflexiva sobre o processo saúde-doença (RAPS15, p.4).

As ações educativas envolvem dois níveis básicos de atuação: ações pontuais e ações contínuas. As ações pontuais se referem às comemorações de datas alusivas ao tema [tabagismo] (...) e participações em eventos buscando disseminar informações pela mídia para sensibilizar a população sobre os malefícios do tabagismo. Por sua vez, as ações contínuas ocorrem pela implantação de programas estruturados em escolas, nas unidades de saúde e nos ambientes de trabalho visando alertar os estudantes sobre os fatores de risco para câncer, incluindo o tabagismo, a estruturação e ampliação dos ambientes livres de cigarro e reduzir o número de usuários ou funcionários fumantes” (RST10, p.1).

(...) o Serviço Social [do setor hospitalar] se organiza através das seguintes dimensões/frentes de trabalho: Dimensão educativa, mediante: a) socialização de informações acerca dos direitos das crianças e adolescentes atendidos no setor e seus familiares; b) atendimento educativo/reflexivo relativo ao enfrentamento das questões sociais relacionadas à vida com o HIV (dificuldades na adesão ao tratamento – aceitação/ negação do diagnóstico pelos pais, seu próprio tratamento; estigmatização; isolamento, etc.) (...) (NST 29, p.5).

(...) Assim em parceria com o serviço de enfermagem, criou-se um projeto de educação em saúde, tendo como base teórica os preceitos do PNHAH, o código de Ética profissional do Assistente Social, para a garantia e democratização das informações e mecanismos para melhorar a relação com os usuários, a Constituição de 1988 que prega pela universalidade do direito à saúde, assim como a necessidade de operacionalizar a melhoria da qualidade do atendimento no 9º andar; visando atender e entender as expectativas dos pacientes e acompanhantes no Hospital Universitário Federal (RST30, p.2).

Nos capítulos precedentes, fizemos alusão às limitações da ES propaladas pela NPS e sobre as quais, em nossa acepção, o Serviço Social precisa se debruçar, já que as práticas educativas tem significado central no seu exercício profissional, sendo um componente/estratégia importante para o trabalho profissional.

Alguns artigos fazem ainda menção aos desafios enfrentados no trabalho do(a) assistente, sintetizados abaixo:

(...) os desafios enfrentados cotidianamente, para a realização de práticas como estas são muitos, dentre eles destacamos a dificuldade de: realização sistemática de trabalhos educativos, como a sala de espera com equipe multiprofissional; de investir em práticas de prevenção e promoção da saúde; a articulação com instâncias de controle social; a superação da prática individual, com vistas a estabelecer parcerias com outros profissionais, para a realização de trabalho multidisciplinar (...) (RST36, p.3).

Passaremos agora a situar a discussão dos artigos que fizeram uma relação da PS, enquanto referencial, com o Serviço Social.

4.4.1.1 A Promoção da Saúde como campo de atuação do(a) Assistente Social na saúde

A priori cumpre mencionar que nenhum dos quatro artigos relacionados à PS associa especificamente a discussão promocional com o Serviço Social, embora dois deles tragam relato de experiências de desenvolvimento de ações de PS, nas quais assistentes sociais compõem as equipes de saúde.

Vale registrar também que nossa suposição de que concepção de PS e sua relação com a nossa profissão seria enfatizada pelos artigos voltados para a APS não se confirmou.

Assim, alguns poucos textos analisados apontam diretamente a relação entre Serviço Social e PS como um referencial ou um novo campo de práticas. Geralmente isso acontece tendo como horizonte o SUS, o conceito ampliado de saúde, a integralidade em suas distintas conotações.

A partir da concepção de **promoção social da saúde** [*ipsi literis*] surgem como desafios à prática profissional [do(a) assistente social], novas formas de trabalho, dentre as quais destacam-se, a **intersetorialidade** e a **multidisciplinaridade** (G15, p.7 – grifos nossos).

À medida que favorecemos o conhecimento dos direitos enquanto usuários do sistema de saúde, estamos contribuindo para que este conhecimento ultrapasse o limite da superficialidade, possibilite uma ponte com o debate contemporâneo da discussão do SUS e da Seguridade Social; ou seja, estamos desenvolvendo uma prática social com produção de efeitos e repercussão entre os usuários, profissionais e instituição, que se traduzem em atitude de tratamento digno, conhecimento de direitos, maior participação no tratamento, conhecimento dos fluxos institucionais, a força do controle social e sobretudo **uma prática que potencialize a promoção da saúde** (RST33, p.7 – grifos nossos).

Neste último trecho, embora o artigo não trabalhe o conceito de PS, se delinea uma articulação entre a promoção e a socialização de informações sobre os direitos sociais e os fluxos institucionais, a qualidade da assistência, o controle social.

Outros artigos fazem sinalizações em rumo semelhante, ao destacar a associação entre a PS e as lutas pelo direito à saúde e à mobilização e organização popular, remetendo ao trabalho das/os assistentes sociais nesta área.

Destarte, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da apropriação de categorias dialéticas como a historicidade, a totalidade e a contradição que se interconectam no cotidiano das relações sociais, o **Serviço Social vem desenvolvendo processos de trabalho viabilizadores da promoção da saúde coletiva**²³². Para isso, atenta-se à expressão da população usuária nos seus espaços de articulação, de lutas contra-hegemônicas, de efetivação dos direitos sociais e as contradições que nelas interferem e delas são produzidas (G4, p.84 - grifos nossos).

Outro texto segue a mesma direção, ao tratar o trabalho profissional a partir de três grandes processos: a) político-organizativos; b) de gestão e planejamento; c) processos sócio-assistenciais (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.237). Estes, integrados, estariam articulados à construção da integralidade e da participação social em saúde. O terceiro dos processos seria aquele mais profundamente vinculado à PS:

Em linhas gerais, os processos político-organizativos são configurados pela articulação de ações profissionais que tem a função de dinamizar e instrumentalizar os processos participativos, visando à construção de novos padrões de sociabilidade. São guiados pela premissa da democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa com outros projetos sanitários que não contemplem os valores postos pelos princípios éticos da profissão. Têm como princípio o respeito ao potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, considerando as necessidades imediatas e aquelas de médio e longo prazo. Entre essas ações que compõem esse processo, destaca-se a **mobilização e a assessoria. Estas têm o potencial de, efetivamente, viabilizar a concepção de promoção da saúde, à medida que podem contribuir na organização da população, enquanto sujeito político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública. São sujeitos privilegiados dessas ações os conselhos de direitos e os movimentos sociais** (G6, p.238 – grifos nossos).

²³² Chama a atenção o fato deste texto não explicitar o significado da PS, mas a adjetiva de coletiva.

Na citação, fica subentendida uma noção de PS articulada às lutas pelo direito à saúde e sua vinculação com as condições de vida da população. Ou seja, aqui a PS não se restringe à prevenção ou à educação em saúde, mas avança para a organização popular e a inserção das demandas populares na agenda pública. Sabemos que tais elementos são fundamentais no debate de um exercício profissional norteado pelo PEP.

Ainda sobre relação entre Serviço Social e PS, na discussão sobre a inserção do(a) Assistente Social na ESF, um argumento que vem colocado é justamente a importância desse(a) profissional para a tessitura de práticas promocionais:

A atuação do assistente social na equipe multiprofissional é fundamental para a promoção da saúde, pois é imprescindível que haja um profissional na equipe Saúde da Família que faça avaliação da questão social, do ambiente, do cuidado, se a pessoa tem condições de lidar com determinada situação de doença, etc. (RAPS1, p.8).

Consideramos a relevância do trabalho deste profissional para a PS na perspectiva crítica, conforme desenvolvemos em Vasconcelos et al. (2009), especialmente por suas contribuições no campo do incentivo à mobilização e organização popular, ao controle social, à educação popular em saúde, etc., mas também para práticas que, embora não se voltem diretamente para esse eixo do trabalho profissional, consideram a determinação social na saúde, seja no plano individual, grupal ou coletivo (NOGUEIRA, 2013).

Não obstante, é imprescindível alertar que estas não são áreas privativas do trabalho do(a) assistente social, afinal, o “social” não é de âmbito exclusivo de nenhuma profissão, ainda que o citado profissional possa contribuir mais diretamente nas formas de lidar com as expressões da questão social. Isso porque a responsabilização de um profissional pelas demandas a ele relacionadas não significa nenhum avanço no processo de trabalho no sentido da RSB: toda a equipe sanitária necessita levar em consideração a determinação social do processo saúde-doença e desenvolver práticas que visem seu enfrentamento, evidentemente levando em consideração a impossibilidade de mudanças estruturais a partir de intervenções locais.

Outra vertente sobre a relação da PS com o Serviço Social aparece no artigo SS1, cuja noção de PS é sinônimo de “cuidado”, destacando-a como um dos eixos do trabalho do(a) assistente social:

Todos os problemas demandam a intervenção do profissional do Serviço Social, onde ele poderá atuar buscando agilizar o acesso aos serviços, através das “brechas” nos contratos existentes entre o usuário e sua seguradora, da legislação vigente, com respaldo legal nos direitos do paciente da regulação da ANS e da sua rede de relacionamentos com os demais profissionais envolvidos dentro de processo de trabalho. Dessa forma restabelecendo a prática da promoção da saúde como cuidado, promovendo a melhoria na qualidade do atendimento, buscando a satisfação do paciente e de seus familiares, bem como da instituição prestadora de serviço (SS1, p.8).

Tal noção aparentemente se distancia do debate da NPS, ao mesmo tempo em que incorpora uma terminologia (cuidado) que vem sendo introduzida no debate sanitário, sobre o qual já discorremos. A PS, no artigo em tela, não se refere aos DSS, à intersectorialidade, etc.

Houve ainda uma menção em relação às competências para atuação no âmbito da PS:

A atuação profissional atenta aos indicadores reais e os pactuados entre as três esferas de gestão e o perfil epidemiológico possibilita ações no âmbito da promoção da saúde, subsidia a elaboração dos subprogramas e as necessidades de capacitações dos trabalhadores da saúde. Mas pela tradição de ser um executor terminal de políticas sociais os assistentes sociais tem tido dificuldades de trabalhar com sistemas de informação e com indicadores epidemiológicos extraindo deles indicadores estratégicos e fazendo cruzamento de dados. Estes são instrumentos que subsidiam política e tecnicamente o profissional para sustentar seus argumentos, reconhecer os determinantes sociais da saúde, debater processos de planejamentos, articular trabalhos intersectoriais e mesmo apresentar de forma coletiva as demandas dos usuários (G9, p.133).

No campo sanitário, no bojo da descentralização e municipalização, vem ocorrendo avanços no sistema de informações, no planejamento, monitoramento e avaliação dos programas e projetos, nos quais os indicadores epidemiológicos assumem um papel de relevo. Também os assistentes sociais vêm sendo demandados (as) para contribuírem neste processo.

É importante aqui também atentar que tais indicadores expressam uma realidade sócio sanitária que possui determinação social, cujo enfrentamento requer o desvelar das reais necessidades da população, o que representa um campo indispensável para o trabalho do(a) assistente social na saúde, como refere o artigo G9.

Iamamoto (1998) menciona que a elaboração de propostas, políticas e projetos não é um ato de mágica: ademais de supor princípios e diretrizes claras, requer informações fidedignas sobre a realidade social. “Ora, se não se tem domínio da realidade que é objeto do trabalho profissional, como é possível construir propostas de ação inovadoras? Construí-las

com base em que?” (IAMAMOTO, 1998, p.41). Isso pressupõe competências com a manipulação de sistemas de informações, com a elaboração de propostas e projetos.

Cumpra lembrar que o debate sobre tais competências remete à formação e às Diretrizes Curriculares do Serviço Social, tema que retomaremos mais adiante.

4.4.1.1.1 A Inserção de Assistentes Sociais em Programas de Promoção de Saúde

No capítulo anterior situamos que vem ocorrendo a inserção de assistentes sociais em programas de NPS que estão sendo criados nos últimos anos, inclusive no campo da saúde suplementar e da saúde do trabalhador. Encontramos também algumas menções sobre o primeiro, como argumentamos precedentemente: nos últimos anos a ANS vem incentivando a adoção de programas e projetos de NPS na saúde privada. Na avaliação de uma das autoras,

A saúde no setor privado torna-se um produto e não um bem de direito e mesmo quando se investe em atividades de prevenção e promoção da saúde se transforma em um componente de marketing social visando o aumento do lucro e da abrangência de mercado (GADELHA, 2003) (G1, p.6).

Neste contexto, naquelas empresas que buscam fortalecer ou implantar tais ações, um dos profissionais que vem sendo demandado é o(a) assistente social, ainda que de maneira ainda tímida:

(...) No cenário da cidade de Natal, pode-se identificar um grande número de operadoras de plano privado de saúde, o que confirma a expansão do setor, pois a junta comercial do estado informa o registro de mais de cinquenta empresas neste ramo; no entanto, apenas doze delas estão registradas no Conselho Regional de Medicina – CRM/RN e destas, apenas seis contam com Assistentes Sociais em seus quadros de funcionários. O que leva a concluir que a maioria destas empresas ainda não reconhece a necessidade deste profissional, ou não estão seguindo a orientação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que vem recomendando que os planos de saúde invistam em promoção e prevenção de saúde (SS2, p.4).

Segundo o texto, a execução de tais programas, geralmente por equipe multidisciplinar, comumente utiliza poucos recursos, contribuindo para a redução dos custos da empresa com atenção curativa, bem como para a satisfação dos usuários, além de contribuir para “(...) a redução de gastos com internações hospitalares e procedimentos de alta complexidade” (SS2 – p.2). Nestes programas,

(...) o(a) assistente social [é] responsável pela organização das atividades destes programas e pela seleção dos usuários que devem participar dos mesmos, encarregando-se de convidar e se necessário convencer os usuários selecionados; é também o(a) assistente social quem agenda consultas ou atividades com outros profissionais para os usuários, sendo sempre o elo de ligação dos usuários com as operadoras e com as equipes profissionais (SS2, p.4).

Cabe-nos aqui pontuar que, de acordo com o que indicamos em momento anterior, o desenvolvimento de tais programas pela iniciativa privada está fortemente relacionado à necessidade de redução de custos com procedimentos de média e alta complexidade, assim como ao crescimento das doenças crônico-degenerativas e às estratégias de marketing social. Não obstante, sua concretização possui contradições, posto que, num cenário em que a saúde privada, longe de ser suplementar, tem adquirido um papel sobressalente que contraria o disposto na CF/88 e faz com que milhares de indivíduos acessem tais serviços, iniciativas no sentido de ultrapassar a racionalidade biomédica - que impera nos serviços de saúde - não podem ser desconsideradas em seus impactos positivos para a saúde de seus usuários. Tais experiências são ainda incipientes e estão começando a ser avaliadas, processo que certamente necessita de estudos aprofundados, especialmente quanto ao enfoque dado à PS/NPS.

Além disso, é preciso considerar que, dependendo do perfil assumido por tais programas e projetos, há possibilidade de redimensionamento das práticas em saúde, bem como da inclusão de outros profissionais de saúde, como as/os assistentes sociais.

Outra área que vem ampliando a inserção de assistentes sociais e foi mencionada em alguns artigos foram os programas de NS/NPS na área da saúde do trabalhador, como mostraremos adiante.

Como esse processo de ampliação do espaço ocupacional está relacionado à implementação da PNPS, buscamos identificar a presença de referências a tal legislação nos artigos analisados, conforme veremos a seguir.

4.4.1.1.2 O (des)conhecimento da Política Nacional Promoção da Saúde.

Conforme anunciamos, a PNPS foi publicada inicialmente em 2006. É importante mencionar que parte considerável da recente legislação brasileira, como o Pacto pela Saúde e o PAC da Saúde, tem como ela estreita ligação, especialmente aquelas voltadas para a APS, como as relativas à ESF (e ao NASF), ao Programa Saúde na Escola.

A própria PNPS já previa a importância de sua própria divulgação, ao priorizar como ações:

I – Promover seminários internos no Ministério da Saúde destinados à divulgação da PNPS, com adoção de seu caráter transversal;

II – **Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde**, com estímulo à adesão de estados e municípios;

III – **Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares;**

IV – Avaliar o processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite (BRASIL, 2010, p.26 – grifos nossos).

Como anotamos em capítulo predecessor, a PNPS, em si, é repleta de contradições, posto que, em sua primeira parte, avança na discussão das condições de vida, mas na segunda, quando trata das ações concretas, foca nos estilos de vida, na prevenção de DCNT.

Ainda que não tenhamos tido acesso a nenhum estudo mais amplo sobre a familiaridade dos profissionais de saúde com tal política, pesquisa realizada Rodrigues e Ribeiro (2012) releva o desconhecimento dela entre profissionais da ESF de João Pessoa. Ainda que não se refiram especificamente à PNPS, os achados de Tesser et al. (2009) em estudo junto aos mesmos sujeitos na realidade da Grande Florianópolis caminham na mesma direção, quando apontam a PS como desconhecida ou ausente das reflexões e do trabalho dos profissionais pesquisados, assim como passavam ao largo de seus trabalho as iniciativas das SMS que buscavam incentivar contato ou experiência com o tema.

Na produção teórica de nossa área se evidencia um silêncio dos(as) autores do Serviço Social em relação à PNPS, já que apenas dois deles ao menos a aludiram: apenas um de saúde mental (SM21) e um de nível secundário e terciário (RST13). Nenhum dos textos analisados fez considerações analíticas sobre a mesma.

Vale registrar que nem mesmo aqueles cujos títulos indicavam a PS/NPS trataram diretamente da política. Embora o Pacto pela Saúde, a PNAB e a PNPS seja contemporâneas, não há menção a esta última nos artigos voltados para a APS. Este vazio parece demonstrar um desconhecimento em relação à mesma.

Não obstante, sabemos que há assistentes sociais envolvidos o planejamento, execução e avaliação de programas voltados para a PS/NPS, ainda que não tenhamos tido acesso a dados oficiais sobre esse quadro.

O campo da saúde do trabalhador, pela sua natureza multidimensional e seu caráter interdisciplinar, vem demarcando diferentes espaços sócio ocupacionais para o Serviço Social. O profissional é requisitado em diferentes serviços e programas, como: atenção básica à saúde; em centros de referência em saúde do trabalhador, em hospitais gerais e de emergência e nos serviços referenciados; na área de reabilitação profissional previdenciária e/ou organizações privadas ou públicas; em serviços de saúde e segurança do trabalho vinculados a empresas e instituições, bem como na gestão de recursos humanos para o desenvolvimento de programas voltados para a saúde do trabalhador; em sindicatos que desenvolvem **programas de promoção à saúde**; nos serviços de vigilância e educação em saúde; nas comissões de saúde do trabalhador; em trabalhos de assessoria e consultoria; em organizações de ensino e pesquisa em saúde (MENDES; WÜNSCH, 2008) (ST3, p.131 - grifos nossos).

A inserção de um assistente social no setor de Saúde do Trabalhador/UGP em 2010 tem, entre outros objetivos, facilitar o encaminhamento de medidas relacionadas à **promoção de saúde do trabalhador** e questões do adoecimento no trabalho, causadoras de alto índice de absenteísmo (RST2, p.492 - grifos nossos).

(...) o Serviço Social além de atuar no âmbito da gestão e do planejamento, tem ocupado espaços de coordenação na operacionalização de inúmeros **programas de tratamento, de promoção e prevenção da saúde** dirigidos a populações específicas (idade, gênero, patologias, dependente químicos, vigilância a saúde (...)). Iniciativas localizadas têm colocado o profissional na Estratégia Saúde da Família – ESF – e mais recentemente, a ampliação, com a regulamentação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASFs. As possibilidades de ações de promoção da saúde com atuações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais são amplas junto a ESF e o NASF (G9, p.133 - grifos nossos).

Diante de tal quadro, fica a indagação: já que há assistentes sociais trabalhando junto a programas de PS/NPS, se a legislação sanitária brasileira está repleta de referências à PS, se a produção da área, ainda que de forma heterogênea, se remete ao termo, por que a ausência da referência à PNPS nos artigos analisados?

Nossas suposições parcialmente acompanham as de Tesser et al. (2009), quanto problematizam o papel da Educação Permanente em Saúde (EPS) quanto ao trabalho com o tema.

Isso faz pensar na aparente incompetência dos aparelhos formadores dos

profissionais e das próprias instituições e organizações do SUS em tematizar estes conceitos e atualizar as discussões sobre os aspectos comunitários, coletivos, sociais e políticos das propostas da promoção da saúde, como entendida nas suas vertentes mais progressistas e contemporâneas que valorizam o processo de determinação social do processo saúde-doença (TESSER et al., 2009, p.199).

Rodrigues e Ribeiro (2012) questionam também a forma como a própria PNPS vem sendo divulgada, não atingindo ainda, inclusive, profissionais que estariam estreitamente associados a sua execução, como os da ESF.

Acrescentaríamos que a associação da NPS ao enfrentamento das DCNT e dos agravos à saúde, com foco na atividade física e na alimentação saudável (CRUZ, 2010), conforme proposto na PNPS, tende a dificultar seu conhecimento entre profissionais cuja atuação não se volta enfaticamente para tais enfermidades, como são (os)as assistentes sociais.

Além disso, parece haver lacunas de intrasetorialidade no próprio MS, inclusive em seu Portal, referência direta para quem procura acessar informações sobre a política de saúde atual. Isso se expressa inclusive no aparente isolamento entre as subáreas no sítio, no que resulta dificuldade de acesso às informações. Ao mesmo tempo, a profusão de portarias e políticas setoriais compromete um acompanhamento mais ativo das normatizações por parte das/os profissionais.

Pelo que pudemos identificar, são ainda incipientes as pesquisas/estudos/sistematizações sobre experiências de trabalho, estágio ou extensão nos programas de PS/NPS publicados nos veículos de divulgação do Serviço Social ou, se o fazem, não colocam a PS com centralidade.

Sob outro ângulo, ainda é incipiente em nossa área os estudos sobre a APS, até mesmo em virtude da forma de (não) inserção de assistentes sociais na ESF.

Não podemos deixar de mencionar, obviamente, a necessidade de mais investimento na formação de assistentes sociais para o campo sanitário, sobre as quais traçaremos algumas considerações a seguir.

4.4.1.1.3 A Formação do (a) Assistente Social

No campo da saúde, como anunciamos em capítulo anterior, o MS e o MEC vem incentivando a readequação da formação das profissões sanitárias.

O Serviço Social tem se inserido nesse processo de forma mais expressiva a partir dos anos 2000, através da inserção da profissão nos programas de indução do MS para formação de profissionais com perfil para atuar no SUS, a exemplo das Residências Profissionais, do Pró-Saúde, do PET-Saúde e do Ver-SUS (KRUGER, 2010).

Segundo orientações das Diretrizes Curriculares da ABEPSS, o aprofundamento de uma área específica de atuação deve acontecer em nível de pós-graduação, em virtude de seu perfil generalista.

Alguns dos artigos remetem à necessidade de adensamento da formação de assistentes sociais na saúde. Nos textos relacionados à APS, a preocupação se volta para a formação das diversas profissões sanitárias:

(...) inadequação [na formação dos profissionais] se refere ao modelo de formação ainda vigente, de cunho flexneriano: fragmentado, superespecializado, com pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção à saúde, centrado em hospitais (...) (RAPS8, p.16).

Dentre os desafios da Residência Multiprofissional em Saúde, está o trabalho simultâneo que vem ocorrendo com a mudança necessária na graduação, no que se refere à promoção da saúde; necessidade de mudança na universidade para formar novos profissionais, novos professores e uma nova geração de residentes, resultando em novos profissionais de ponta; necessidade dos gestores serem sensibilizados para pensar no futuro e perceber sua relação com o ensino; e a necessidade de maior mobilização em relação ao controle social (RAPS1, p.7).

O artigo G25, ainda que não atenda à PS, coloca a importância da formação para o trabalho do(a) assistente social na saúde.

Ora, a apreensão dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, para que se torne possível uma prática que resulte da ação integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, na busca de saúde e não somente do tratamento de doenças, exige uma formação e capacitação continuada para além da área de competência de cada profissão de saúde (G25, p.2).

A necessidade de aprofundamento da formação profissional, especialmente em âmbito de graduação é bastante destacada na subárea da saúde mental, conforme observamos no trecho a seguir: “Os assistentes sociais durante seu curso de graduação não têm uma formação específica em saúde mental” (A19).

Um dos textos analisados é resultado de um estudo sobre a incorporação da temática na formação acadêmica e mostra que em nenhum dos componentes curriculares do curso de

graduação há inclusão da saúde mental e que o conhecimento das/os estudantes sobre a temática e a reforma psiquiátrica é superficial, ainda que haja alguns estágios curriculares na área (A17).

Não obstante, a opção que tem abrangido maiores quantidades dos (as) profissionais são os cursos de pós-graduação *latu sensu*. Estes, contudo, de maneira geral, não são oferecidos pelas universidades públicas e estão, em sua esmagadora maioria, nas universidades privadas, cuja lógica de busca do lucro nem sempre valoriza as discussões da RSB ou da PS.

Outro terreno imprescindível para a formação são as ações decorrentes da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS), publicada desde 2004. Contudo, ela é citada em bem poucos artigos. É como se capacitação, educação e EPS fossem sinônimos. No entanto, esta última se propõe a ocorrer a partir dos problemas diários, presentes no cotidiano de trabalho, devendo considerar os conhecimentos e as experiências da equipe (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012). É importante registrar que o estudo de Tesser et al. (2009) também encontrou um

(...) desconhecimento das propostas de EP produzidas nos últimos anos na Saúde Coletiva e assumidas pelo SUS. [...] tudo se passa como se a educação permanente fosse apenas outro nome dado à educação continuada, cujo objetivo seria atualizar os conteúdos nas mentes dos profissionais para que estes possam ser fiéis transmissores dos mesmos aos usuários (TESSER et al., 2009, p.202).

Ainda que geralmente sem se referir à EPS, diversos dos artigos analisados remetem às necessidades no campo da formação, especialmente aqueles sobre saúde mental e APS.

Ainda no que se refere à formação em saúde, vale situar que a pesquisa realizada pela ABEPSS sobre a implementação das Diretrizes Curriculares incluiu a temática saúde. Uchoa (2007) sintetiza os resultados do estudo, relevando que, apesar da área sanitária ser a que mais absorve profissionais, nos cursos de graduação são poucas as disciplinas que tratam de áreas específicas da saúde e em uma quantidade considerável das UFAs pesquisadas (35%) não há nenhum componente curricular sobre o tema.

A autora mostra que, dos setenta e sete (77) grupos de pesquisa mencionados no estudo, somente dez (10) tinham por temática central a saúde; e dos setenta (70) grupos ou núcleos de extensão, apenas cinco (5) tinham ações específicos no setor.

Uchoa (2007) discorre que, na bibliografia usada pelas UFAs, não obstante a já considerável produção do Serviço na área, a maioria dos textos não é de autores do Serviço Social²³³. Isso expressa, para a analista, a necessidade de uma maior socialização da produção do conhecimento da nossa área.

Todo esse quadro, conforme a analista mencionada, não evidencia a importância da saúde como área de trabalho para o Serviço Social, como espaço estratégico de luta pelos direitos sociais, bem como campo privilegiado das várias expressões da questão social. Neste sentido, a autora defende a necessidade de ampliação para todas as UFAs do tema,

(...) não só considerando o mercado de trabalho e o direito universal à saúde, mas também devido às novas demandas postas às práticas de saúde, decorrentes do perfil epidemiológico da população que vem se agravando dada a precarização do trabalho, do desemprego, da violência, da fome, das drogas, das doenças mentais, etc. (UCHOA, 2007, p.196).

Cumprir registrar que esta analista apresenta também algumas proposições do Seminário “Serviço Social: interfaces com a saúde”, organizado pelo CFESS/CRESS, dentre as quais destacamos a necessidade de

(...) aprofundamento dos eixos temáticos “integralidade” e “interdisciplinaridade” definidos como centrais pelo FNEPAS [Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde]; (...) a articulação entre a saúde, assistência social e previdência social na formação e prática dos assistentes sociais; a necessidade de superar no âmbito do Serviço Social a concepção biomédica da saúde; e, finalmente, a apreensão na formação e nos espaços das práticas profissionais da centralidade da política de saúde na defesa de direitos sociais universais assim como dos ataques que esta política vem sofrendo pelos sucessivos governos desde a aprovação do seu arcabouço legal (...) (UCHOA, 2007, p.195).

Como podemos perceber, são consideráveis os desafios colocados ao Serviço Social no que se refere à formação em saúde, abrangendo não apenas estudantes de graduação, mas também assistentes sociais que estão inseridos nos variados espaços ocupacionais do setor.

Após apresentarmos os achados de nosso estudo, teceremos agora algumas reflexões sobre essa invisibilidade da PS/NPS no debate profissional das/os assistentes sociais.

²³³ Segundo Uchoa (2007) as (os) autoras(es) trabalhadas(os) na área são as(os) seguintes: Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Maurílio Matos, Maria Valéria Correia, Maria Dalva Horário da Costa, Jussara Mendes, Regina Célia Miotto e Vera Maria Nogueira.

5 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: OS DESAFIOS DE UMA INTERLOCUÇÃO

Neste capítulo nos voltaremos para a discussão dos desafios na interlocução entre o Serviço Social e a PS, num primeiro momento traçando algumas elucubrações acerca da lacuna teórica de nossa área em relação à temática, para em seguida realizar uma incursão nas potencialidades dessa interface.

5.1 REFLETINDO SOBRE A (IN)VISIBILIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SERVIÇO SOCIAL.

A partir dos resultados de nosso estudo, anteriormente apresentados, constatamos que a PS/NPS ainda não se tornou um problema “teórico” para o Serviço Social²³⁴, ainda que o tema, com enfoque ampliado ou restrito, permeie as subáreas sanitárias, o trabalho profissional, bem como perpassa a produção teórica.

É importante registrar que essa lacuna analítica não se limita aos periódicos ou anais dos eventos de Serviço Social, visto que as publicações de autores de referência na área muitas vezes também reproduzem as imprecisões do debate profissional²³⁵. Assim, em linhas gerais, notamos três tendências nas produções mais divulgadas acerca do Serviço Social na saúde. A primeira seria a ausência de referência à PS ou à NPS, como em Bravo e Matos (2006) e Matos (2000), possivelmente como postura de resistência ao debate internacional.

A segunda abrange autores que mencionam a PS, tal como pensada nas proposições da RSB, mas sem maiores aprofundamentos sobre o tema. Alguns(as) analistas apenas mencionam a importância da PS para a mudança do modelo de atenção e gestão da saúde, o que pode ser percebido nas elucubrações de Vasconcelos (2006) e Soares (2010a; 2010b). Esta última autora, bem como Miotto e Nogueira (2006b) fazem uma crítica à tendência da NPS

²³⁴ Embora não tenhamos realizado um estudo comparativo, percebemos que algumas profissões sanitárias, como a Educação Física e a Nutrição, tem buscado discutir as relações entre a PS ou a NPS e as demandas colocadas ao cotidiano profissional, como podemos notar, por exemplo, em Ouriques (2006), Ferreira e Magalhães (2007). Não obstante, parece-nos que tal debate vem ocorrendo de forma panegírica e incipiente.

²³⁵ Vale registrar que inclusive nossas produções anteriores à elaboração dessa tese continham traços dessa imprecisão, como pode ser evidenciado, por exemplo, em Vasconcelos et al (2009).

culpabilizar os indivíduos por seus problemas de saúde. No interior dessa tendência, realçamos a linha analítica de Miotto e Nogueira (2006a; 2006b; 2009), que discutem a fertilidade da relação entre Serviço Social e PS numa perspectiva diferenciada, que indicamos em item precedente.

A terceira tendência é a adoção do debate da NPS ou da perspectiva do MS, enfoque presente especialmente nas produções sobre a APS. Analistas como Ravagnani e Sarreta (2010), Quintino et al (2011) e Dantas e Silva (2011) discutem a relação entre Serviço Social e PS/NPS, porém incorporam o debate desta última sem problematizá-lo.

No material a que tivemos acesso, poucos artigos fazem uma incursão no debate internacional, a exemplo de Santos (2010) e Miotto e Schutz (2011). A PNPS é citada em poucos textos, como em Costa (2010) e Camargo (2009). Miotto e Nogueira (2006b), com base em Buss (2003), também efetuam uma crítica ao modelo de Leavell e Clark (1977), fazendo leves referências ao debate internacional da NPS.

Destarte, notamos que, na tônica do atual debate profissional, a PS/NPS pouco aparece ou não é procedido seu aprofundamento analítico. Nasser e Sodré ([s.d.], p.1) trazem uma indicação nesse sentido, ao afirmarem que

Pela literatura encontrada observamos que o serviço social não produziu referenciais teóricos recentes sobre o tema “assistência social²³⁶ e promoção da saúde”. O debate da profissão se caracteriza pela produção de artigos científicos e trabalhos acadêmicos que avaliam a inserção do serviço social em programas e projetos após o período de implantação dos serviços pautados pela reforma sanitária. A inserção recente do assistente social, e de forma reduzida, nas unidades de saúde através do programa de saúde da família em unidades de saúde ainda não polarizou um debate sobre o tema “promoção da saúde” através dos assistentes sociais.²³⁷

Neste sentido, além da incipiência do debate sobre a PS no Serviço Social, supomos que há uma recusa – velada – na aproximação dessa profissão com o debate promocional. No entanto, como mostramos, o contexto atual da política de saúde coloca a PS/NPS em

²³⁶ Ainda que concordemos com a existência de uma lacuna teórica sobre a temática, acreditamos que ela se refere à relação entre Serviço Social e PS e não com a assistência social (que, em nossa acepção, diz respeito a uma política específica).

²³⁷ Uma observação que se faz necessária em relação ao trecho citado diz respeito à compreensão de que o debate sobre a PS seria relativo ao âmbito da APS. Conforme mencionamos, essa tendência se encontra latente inclusive na legislação sanitária nacional, porém analisamos que o debate promocional atravessa todas as redes de atenção e inclusive extrapola o setor sanitário, como já indicamos.

destaque, inclusive nas diversas políticas setoriais. Ou seja, o cenário contemporâneo não possibilita o simples prescindir do termo – ele está presente no debate das profissões de saúde, impregna a legislação brasileira. Além disso, a falta de aprofundamento em relação à NPS acaba gerando uma apropriação acrítica, às vezes até mesmo romanceada de tal vertente, conforme demonstramos.

Em nossa análise, essa lacuna na produção acerca da PS ou da NPS é bastante problemática: na sua dimensão teórico-política; na questão dos espaços ocupacionais, frente ao atual quadro sanitário e à política de saúde nacional; no que diz respeito às implicações diretas para o exercício profissional, inclusive para a própria identidade profissional.

Quanto ao primeiro eixo, conforme discutimos no capítulo precedente, a NPS é um campo polissêmico e polifônico, que envolve distintos interesses sociopolíticos, sendo inclusive funcional à nova pedagogia da hegemonia, associada ao ideário do social-liberalismo. Contudo, vimos as contradições que a atravessam, bem como algumas das pertinentes questões que coloca, assim como seu diálogo com a RSB. Indicamos também que as produções brasileiras sobre o tema não necessariamente caminham numa direção crítica.

Conforme explicitamos, o conceito de PS/NPS é polissêmico e polifônico. Contudo, avaliamos que, tal qual a ideia de cidadania, apesar das suas limitações políticas, sua incorporação pode ser estratégica na luta pelos direitos sociais. Afinal, seu sentido é repleto de contradições e limitações, por se referir aos direitos na ordem do capital, mas também possui potencialidades, a depender dos referenciais teórico-políticos adotados, bem como das estratégias utilizadas para executá-la.

Deste modo, em nossa avaliação, a PS – desde que em uma perspectiva crítica - pode ser inserida como parte da luta democrática e popular pelo direito à saúde, bem como parte importante do trabalho em saúde, tendo possibilidade de contribuir para melhorar as condições de vida de trabalho da população, “(...) ainda que não possa (...) alterar estruturalmente o capitalismo” (CFESS, 2010, p.18).

Ponderamos que urge o aprofundamento da discussão da temática no Serviço Social, frente ao atual quadro socio-sanitário (marcado pelo envelhecimento populacional; pelo crescimento da morbimortalidade decorrente de doenças crônico-degenerativas e de transtornos mentais; pela expansão da violência e da morbimortalidade relacionada aos

acidentes de trânsito, entre outros), para o qual a NPS se volta; bem como face às tonalidades da atual política de saúde brasileira, que põe em relevo a promoção da saúde.

Neste quadro, em nossa avaliação, a partir do PEPS, o Serviço Social poderia contribuir para um adensamento da perspectiva crítica no debate promocional, o que não é possível em uma postura de distanciamento ou silenciamento teórico em relação ao tema.

Em relação aos espaços ocupacionais, tem havido a requisição de assistentes sociais para atuação nas diversas iniciativas no campo da PNPS, conforme indicamos anteriormente. Dantas e Silva (2011) colocam que esta política tem resultado em novas demandas ao Serviço Social e junto a qual os profissionais da área têm assumido funções de gestão nos vários programas de PS/NPS.

Na análise das autoras referidas, isso tem acontecido em virtude do perfil profissional, sustentado pela defesa de um projeto democrático na saúde, assim como nas habilidades e competências do(a) assistente social, especialmente no campo do planejamento, do trabalho em equipe, da mobilização comunitária, assim como no âmbito da intersetorialidade e das atividades socioeducativas.

A NPS impregna outros espaços ocupacionais do Serviço Social: programas como o Saúde na Escola, que tem contado, em sua execução, tanto com profissionais (entre eles assistentes sociais) vinculadas/os aos serviços de saúde quanto à educação, como podemos subentender em Costa ([s.d.]). A influência da NPS se faz sentir também no NASF e nos demais espaços da APS nos quais assistentes sociais vêm se inserindo, como é possível percebermos em Quintino et al (2011). Também no âmbito das instituições relacionadas à saúde mental e à saúde do trabalhador a temática adquire relevância.

Vale mencionar também a relevância do debate promocional nos espaços formativos desencadeados pelo MS, como as RMSF, o Pró-Saúde e o PET Saúde, dos quais o Serviço Social vem participando.

Quanto à tessitura do exercício profissional, é indispensável referir que a **intersetorialidade**, âmbito fundamental do trabalho do(a) assistente social no SUS, como indicam os estudos de Costa (1998; 2010), Miotto e Schutz (2011), é uma estratégia umbilicalmente relacionada à NPS (conforme tratamos no capítulo primeiro desse trabalho), cujo "(...) debate remonta à própria história dos discursos em torno da promoção da saúde, no

marco dos determinantes sociais” (MIOTO, SCHUTZ, 2011, p.9), compreensão embasada nas elucubrações de Andrade (2006).

Pelo que entendemos, a lacuna na discussão sobre a PS/NPS acaba por fertilizar a reprodução de discussões até mesmo superadas pela produção da Saúde Coletiva, como é o caso da perspectiva preventivista; ou ainda da ênfase na educação em saúde, quando os debates contemporâneos, nacionais e internacionais, tem tensionado o papel da mesma na modificação do modelo de atenção.

Frente a tais argumentos, uma indagação se colocou durante todo nosso processo investigativo: por que, então, esse aparente silêncio, na produção do Serviço Social sobre a saúde, no que se refere à PS/NPS, tema tão relevante no cenário nacional e internacional? Por que essa discussão não tem sido aprofundada na nossa profissão? Ainda que responder tais inquirições não tenha sido objetivo de nosso estudo, consideramos pertinente traçar algumas elucubrações que podem contribuir para refletir sobre essa invisibilidade da PS/NPS na área.

Em nossa análise, a explicação para este heterogêneo quadro é complexa, envolvendo diversos elementos que se imbricam. Um deles são as polissemias do debate promocional, muitas vezes turbadas ou veladas, tanto nos documentos oficiais quanto nas elaborações teóricas sobre o tema. Em termos da política sanitária, inclusive nas diversas subáreas, a PS/NPS oficialmente tem um lugar relevante e, apesar de todas as contradições impregnadas em seu substrato e de ter assumido conotações cada vez mais relacionadas aos estilos de vida, no discurso do MS, contudo, a NPS aparece como intimamente associada aa RSB. Ou seja, é como se a NPS fizesse parte ou fosse expressão das reivindicações daquele movimento.

Destarte, também no que se refere à PS/NPS tem havido o processo que Soares (2010a) denomina de “refuncionalização dos princípios do SUS”: os termos do debate são semelhantes aos da RSB dos anos 1980, mas seu sentido passa a ser coerente com as necessidades da contrarreforma. No caso da PS, associada acriticamente à NPS, atribuindo-lhe o significado restrito da prevenção e do enfoque no estilo de vida. Assim, os termos do debate promocional ensombram as contradições que lhes são subjacentes e lhes conferem um caráter “fetichizante”, já que alguns princípios e valores da NPS, em termos genéricos, são muitas vezes os mesmos defendidos nas lutas da RSB ou de setores progressistas. Assim, “aparentemente”, a NPS possui um caráter progressista e seus fundamentos nem sempre são

percebidos ou confrontados, sendo meramente reproduzidos nas produções teóricas (inclusive nas de nossa área).

Tal postura é facilitada, de um lado, pela lacuna no tratamento teórico da PS/NPS no âmbito da Saúde Coletiva nos anos 1980, que já apontamos anteriormente. Por outro lado, em um contexto de contração da perspectiva histórico-crítica no campo da Saúde Coletiva, a literatura atual desta área (que evidentemente tem influência no Serviço Social), embora prossiga na defesa do SUS, tem enfatizado a subjetividade e os temas a ela relacionados que, evidentemente, são relevantes. Contudo, a busca de uma perspectiva crítica e de totalidade não tem norteado a maioria dos estudos, o que resulta em produções fragmentadas, que não fazem relação com a totalidade da vida social e com os processos socioeconômicos em curso. Dessa forma, num quadro de uma suposta “crise paradigmática” das ciências sociais, as reflexões destas no campo da saúde também vão estar impregnadas de distintas posições teóricas.

Este quadro tem gerado, comumente, uma incorporação do debate da NPS com tonalidades acríicas, sendo questionados, de forma geral, apenas a tendência à focalização nos estilos de vida. Indiscutivelmente há autores(as) que apontam para outra perspectiva, como é o caso de Assis (2004), Campos (2004, 2005), Carvalho (2004, 2005), Castiel (2003), entre outras/os. Esta, porém, não é tendência predominante: de maneira geral, tem havido uma apologia à NPS, como já observara Campos (2006a).

O Serviço Social, irrefutavelmente, sofre repercussões da direção teórico-política presente nas produções da Saúde Coletiva, embora, seguramente, não se constitua mais, como precedentemente aos anos 1980, em “mero desaguadouro” (para usar a expressão de Netto, 2006) de tal produção. Conforme demonstramos, com a tessitura do PEP, a produção teórica do Serviço Social tem adquirido maturidade, especialmente sob a influência da teoria social crítica, processo que vem ocorrendo inclusive no campo sanitário. Por que, então, essa resistência ou dificuldade das(as) assistentes sociais adentrarem no emaranhado teórico-político que é a NPS?

Não obstante os avanços da produção teórica do Serviço Social no campo da tradição crítica, esse tipo de fragilidade teórico-política também foi encontrado na pesquisa de Paiva (2012) sobre a produção de conhecimento acerca da gerontologia social no Serviço Social. A autora constatou que, de maneira geral, a perspectiva crítica da produção de conhecimento da

área não estava presente nos textos da subárea. Isso indica, segundo a autora, a “(...) cisão entre os conteúdos mais universais da produção de conhecimento do Serviço Social e os mais específicos” (PAIVA, 2012, p.13). Dessa forma, a tentativa de explicar a (in)visibilidade da PS na nossa área passa também por questões internas ao Serviço Social.

Uma delas, em nossa análise, parece dizer respeito à resistência, por parte de alguns analistas, em relação ao NPS, que a associa diretamente ao conservadorismo político, à normatização dos estilos de vida. Tal postura termina por gerar uma negação imediata do debate promocional, sem que haja um debruçar mais profundo acerca de suas raízes históricas, mas, principalmente, da apreensão de suas contradições e potencialidades.

Outra se refere a não aproximação do Serviço Social, enquanto categoria profissional, da Reforma Sanitária Brasileira em seus anos mais profícuos (BRAVO, 2006). Embora, a partir dos anos 1990, a citada categoria tenha se aproximado das lutas na defesa do SUS, a apropriação de alguns dos fundamentos da Saúde Coletiva não foi realizada de forma ampla pelo Serviço Social enquanto profissão (com exceção de alguns profissionais, que o fizeram de maneira individual).

Ao fazer tal afirmação não estamos desconsiderando que o PEP e a Saúde Coletiva tem as raízes no referencial marxista, ao problematizarem a divisão da sociedade em classes, tendo como base a divisão social e técnica do trabalho; que criticam as políticas autoritárias, racionalizadoras; que defendem princípios semelhantes, como a democracia, a participação popular, etc. Estamos aqui nos referindo às discussões sobre a política de saúde, mais especificamente sobre o que Paim (2007) chama de “Movimentos Ideológicos” no campo social da saúde: a Medicina Social do século XIX, a Medicina Preventivista, a Medicina Comunitária, etc., analisados por obras “clássicas” da SC, como Arouca (2003) e Donnangelo (1979), por exemplo. Neste sentido, embora não expressem toda a produção acadêmica, os artigos analisados em nossa pesquisa representam as tendências da produção da área. Neles, notamos a ausência de menção a esses movimentos de saúde pública (evidentemente com exceções), inclusive de maior ênfase às ciências sociais em saúde²³⁸.

²³⁸ Constatamos também a quase inexistência de distinções entre a saúde pública e a saúde coletiva (COSTA, 2013), debate que, não obstante ter sido acirrado em fins da década de 1970 e nos anos 1980, traz questões importantes para a discussão sanitária atual.

Aqui parece se insinuar a “tara histórica do Serviço Social”, para usar os termos de Netto (2001). Este autor revela que a profissão, ao longo da história de sua produção acadêmica, não tem lançado mão das fontes bibliográficas originais, mas se voltado para intérpretes ou comentadores, o que pode estar acontecendo com parte das produções sobre a saúde, no âmbito da categoria de assistentes sociais, especialmente nas novas gerações.

Esses (des)caminhos da reflexão crítica sobre a PS/NPS, inquestionavelmente, repercutem em nossa área – embora não possamos dimensionar com que intensidade - apesar de toda a produção crítica resultante dos estudos e pesquisas de assistentes sociais, que vem crescendo em volume e densidade teórica, apontando para argutas análises sobre a política sanitária, o processo de trabalho em saúde, as ações profissionais do(a) assistente social, sobre temas específicos das políticas setoriais, etc.

É importante mencionarmos que este “vazio” de discussões sobre a PS/NPS no Serviço Social atravessa inclusive textos de autores(as) de referência no debate nacional e, certamente, não resulta do processo acima mencionado. Entre elas(es), apesar de posturas díspares no tratamento da PS/NPS (negação, invisibilidade, mera referência, etc.), não encontramos aprofundamento da discussão conceitual e política da PS e as apreciações críticas sobre a NPS não vem sendo aprofundadas.

A incipiência dessa discussão entre as/os autores de referência, que são citadas(os), em conjunto ou individualmente, na quase totalidade dos artigos pesquisados, em nossa análise, acaba por repercutir nas produções das/os demais estudiosas/os da área, que também não se debruçam sobre o tema.

Dentre tais estudiosas(os), é fundamental assinalar que Mito e Nogueira (2006) assumem uma posição específica, que têm empreendido algumas discussões sobre a PS/NPS, fazendo inclusive sua relação com o Serviço Social. Nogueira (2011) também tem defendido a importância da profissão aprofundar o debate sobre os DSS e a determinação social da saúde. Contudo, em ambos os casos, também aí não é realizado um adensamento na discussão da NPS.

Cabe alertar que não estamos aqui buscando atribuir a “causa” da lacuna na produção do Serviço Social no campo da saúde ao não tratamento do tema pelas/os autores(as) de referência, já que elas(as) vêm dando largas contribuições na apreensão de diversas facetas da

política sanitária e de sua relação com o atual quadro societário, contribuindo com a defesa do SUS, com a “qualificação” do trabalho do(a) assistente social, etc. Estamos apenas conjecturando que, como a PS/NPS ainda não se tornou uma “questão teórica” trabalhada por tais analistas, também não vem sendo tratada em suas nuances e relações com as demais discussões da política sanitária, fator dificultado ainda mais pelo emaranhado debate do qual o tema faz parte.

Outra questão que merece investigações é a não publicação de textos sobre a PS/NPS no Serviço Social por assistentes sociais que se debruçam sobre o tema. Exemplo disso é Assis (2004; 2005), que vem fazendo estudos no campo da PS do idoso. Cabe destacar, contudo, que em todo levantamento sobre a produção do Serviço Social na saúde não conseguimos localizar nenhum artigo da autora sobre a temática publicado especificamente nos canais de divulgação da área. Tal fenômeno, contudo, não parece ser isolado: documentos da CAPES que elencam os títulos dos projetos (de pesquisa ou extensão) aos quais docentes ou discentes da pós-graduação estão vinculados, indicavam a existência de ao menos quatro projetos diretamente vinculados à PS/NPS²³⁹. Contudo, as publicações sobre tais projetos ou não enfatizam o termo em seu título ou não tem circulado em nossa área, tendência talvez reforçada pelo caráter interdisciplinar dos mesmos. Outra vertente explicativa para tal fenômeno seria a resistência de seus autores em divulgar no Serviço Social um tema de certa forma etiquetado de conservador por alguns segmentos profissionais que, como vimos, tem resistido a enfrentar o debate sobre a PS/NPS em virtude de sua associação com o referencial individualizante.

Nogueira (2013) alerta que a ausência de referências mais densas sobre PS/NPS pode ter relação com o papel dos revisores de periódicos quanto aos artigos publicados, posto que as debilidades dos conteúdos não são apontados, possivelmente devido ao próprio desconhecimento, apesar da maioria deles serem doutores (ainda que alguns não tenham relação com a saúde, o que, de acordo com a autora, acaba por fragilizar a contribuição para qualificar o debate da categoria).

²³⁹. São eles: “Descortinando as dimensões sócio-políticas da Nutrição em busca da Promoção da Saúde dos Idosos” (FUFPI); “Grupo de Apoio aos Cuidadores de Idosos: Uma Proposta de Ação Intersetorial para Promoção da Saúde Mental do Cuidador e Prevenção da Violência contra o Idoso” (PUC – RS); “Avaliação da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis” (UFPE); “Promoção da Saúde: construção compartilhada” (UFJF).

Em nossa análise, a lacuna em relação à PS/NPS no Serviço Social também diz respeito ao fato de ela também estar associada com a micropolítica do processo de trabalho em saúde (no nosso caso, particularmente do trabalho do(a) assistente social). Conforme Yamamoto (2007) e Vasconcelos (2006) advertem, há necessidade de avançar nos estudos acerca do processamento do trabalho profissional, conforme indicamos em capítulo precedente. Para Yamamoto (2007), esta temática vem sendo relativamente obscurecida e tem ocupado uma posição secundária na literatura especializada, na qual as competências profissionais e atribuições privativas do assistente social, segundo a analista, são temáticas praticamente emudecidas na produção científica (com exceção daquelas relativas à gestão e avaliação das políticas, programas e projetos sociais). Daí o desafio ser justamente transpor os avanços na análise da dinâmica societária para o processamento do trabalho do(a) assistente social, segundo a última autora.

A pesquisa sobre as múltiplas determinações, que atribuem historicidade ao exercício profissional -, e adensam a agenda da formação profissional, - carece de uma relação mais direta com as respostas profissionais, no sentido qualificá-las nos seus fundamentos históricos, metodológicos, éticos e técnico-operativos. Em outros termos, para decifrar as relações sociais e qualificar o desempenho profissional, são requeridas mediações na análise das particularidades dessa especialização do trabalho, que carecem de visibilidade no universo da produção científica do Serviço Social (IAMAMOTO, 2007, p.463).

No campo sanitário, é fundamental indicar que existem importantes e densas pesquisas sobre o exercício profissional do(a) Assistente Social, como os de Vasconcelos (2002; 2006) e Costa (2006; 2010). As elucubrações destas analistas, bem como as de Bravo (2006), atravessam e são incorporadas pela grande maioria dos diversos artigos. Nestes, aparece como consensual a necessidade de superar o conservadorismo no trabalho profissional, caminhando na direção do PEP. São realizadas críticas ao perfil pragmático, burocrático, repetitivo, acrítico que ainda existe entre assistentes sociais nos serviços de saúde e relatadas experiências que buscam investir na qualificação do trabalho, através do incentivo à participação social/popular, ao controle social, a uma prática reflexiva, que problematize as demandas individuais e junte forças à luta pelo SUS, que busque tecer práticas intersetoriais, que avance na direção da educação popular em saúde. Chega-se a indicar inclusive a necessidade de se ir além da prevenção e da ES.

Apesar da fertilidade de tais abordagens, consideramos ser necessário discutir melhor os elementos presentes no trabalho sanitário, entre os quais se encontram a prevenção, a PS, a ES, a intersectorialidade. Cumpre demarcar também que a PS acaba por praticamente não aparecer entre as estratégias a serem tecidas no cotidiano institucional, tendo invisibilidade semelhante à encontrada na discussão mais teórica e conceitual. Este fato, conseqüentemente, não significa apenas uma lacuna teórica, pois traz implicações para as configurações do trabalho e do discurso das/os assistentes sociais na saúde.

Neste sentido, uma abordagem crítica, em diálogo com as ciências sociais em saúde, aliada a um referencial histórico-crítico – predominante no Serviço Social – pode fertilizar as possibilidades analíticas a respeito de estratégias largamente adotadas no cenário brasileiro contemporâneo, como é o caso da ESF, da NPS, das discussões em torno dos DSS, e, principalmente da NPS.

Para concluir esse item, gostaríamos de enfatizar, portanto, a necessidade de aprofundamento dos estudos acerca da PS/NPS, em face de qual

Permanecem, evidentemente, diversos desafios para a produção do conhecimento numa perspectiva dialética e de totalidade. Continua a desafiar-nos a realização de pesquisas de cunho crítico em um tempo em que nossas análises se defrontam com convites constantes à fragmentação da realidade e à negação de sua totalidade, oscilando entre um viés analítico ausente de sujeitos sociais ou centrado na autonomização do sujeito, tomado como indivíduo isolado e descontextualizado. Defrontamo-nos, ainda, com posturas analíticas insuficientes para dar conta da complexidade da realidade social. Nesse sentido, o esforço teórico e político de revigoramento da concepção de ciência que prioriza a historicidade dos fenômenos e dos processos segue a instigar-nos como provocação (GUERRA; GUIMARÃES; SILVA, 2012, p.212).

Após a expressão de algumas suposições acerca da invisibilidade da PS/NPS no debate profissional no Serviço Social, buscaremos traçar algumas considerações acerca das possibilidades contidas num possível diálogo entre o debate da PS e o trabalho das/os assistentes sociais.

5.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: POTENCIALIDADES DE UMA INTERLOCUÇÃO

Consideramos que a interlocução da PS com o Serviço Social pode acontecer em três dimensões principais: 1) como contribuição para o arcabouço teórico da atuação profissional no campo da saúde, o que traz repercussões para as demais esferas; 2) a da identidade profissional; 3) a do trabalho do(a) assistente social.

Quanto à primeira esfera, é incontestado que, para além do aporte advindo do debate geral do Serviço Social, para uma atuação atenta com os princípios do SUS e da RSB, as/os assistentes sociais precisam também de referências do campo da saúde para iluminar e legitimar suas ações.

Ao realizar suas ações profissionais no campo da saúde, o assistente social depara-se com um conjunto complexo de situações que exigem conhecimentos próprios não só da área sanitária como de outras áreas do conhecimento, os quais devem ser apropriados e ressignificados para a sua ação cotidiana, abarcando o campo teórico, ético, político e operativo (NOGUEIRA, 2011, p.51).

Neste sentido, Nogueira (2011) defende a necessidade de suportes teóricos que contribuam para uma leitura crítica da realidade, bem como para a tessitura de respostas às demandas do SUS, posto que "(...) a legitimidade e o reconhecimento profissional dependem da clareza teórica e da qualidade técnica do exercício profissional (MIOTO, NOGUEIRA, 2009)" (NOGUEIRA, 2011, p.49). Em outras palavras, "(...) o desempenho profissional depende [também] de uma produção teórica que dê sustentabilidade às ações profissionais" (SANTOS, 2010, p.116), face à indissociabilidade entre as dimensões do exercício profissional: as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, sobre as quais discorremos em momento precedente. Como afirmam Mioto e Nogueira (2006b, p.281),

As ações profissionais, segundo Mioto (2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para sua implementação. Todo esse processo se constrói como

processo, não existindo *a priori*, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais.

Tal quadro nos remete à necessidade de ampliação/consolidação do arsenal heurístico necessário ao trabalho do(a) assistente social no setor, que demanda, em nossa análise, a retomada das bases da Saúde Coletiva (em nossa análise, parcialmente apropriada pelo(as) assistentes sociais) e o aprofundar a discussão das perspectivas críticas das Ciências Sociais em saúde. Conforme sinalizamos no capítulo anterior, Miotto e Nogueira (2009) alegam que a interlocução entre o Serviço Social e as citadas ciências “(...) resgata o significado e relevância da ação profissional junto aos micro espaços no setor saúde, contribuindo para ‘recheiar’ o andaime construído pela reforma sanitária em suas dimensões política, teórica e operativa” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009, p.227).

Partimos da suposição de que a concepção de saúde, a defesa de determinado modelo de atenção à saúde, a própria concepção a respeito do trabalho do(a) assistente social e a clareza quanto à dimensão pedagógica do mesmo são elementos fundamentais para a tessitura da atuação profissional.

Neste sentido, consideramos que o espessamento da discussão sobre a PS - a partir do ideário da RSB dos anos 1980 - pode contribuir para a atuação de assistentes sociais na saúde, posto que coloca temas extremamente relevantes para o exercício profissional na saúde, como a determinação social da saúde, a intersectorialidade, a participação, etc.

Aqui vale lembrar que, como demonstramos, há gritantes distinções entre o enfoque da “determinação social” da saúde e o dos DSS. Nogueira (2011) também alerta para a importância de que tal debate se torne foco de estudiosas/os do Serviço Social, inclusive por seus nexos com as demandas colocadas ao assistente social no cotidiano de trabalho. Acrescentaríamos aí a temática da PS (desde que realizada sob uma perspectiva crítica), que está intimamente relacionada à determinação social da saúde, considerada eixo central para o exercício profissional na saúde.

Neste sentido, o debate promocional pode contribuir para propiciar a expansão da habilidade de interlocução das/os assistentes sociais nos diversos espaços ocupacionais. Chegamos então na segunda dimensão da interlocução do Serviço Social com a PS, que é a da identidade profissional.

Neste sentido, há que se considerar o processo atual de redefinição das fronteiras profissionais, de trabalho interdisciplinar, que demanda um arsenal teórico-metodológico que subsidie a ação profissional e lhe confira visibilidade (NOGUEIRA, 2011). De acordo com a analista em foco, em tal contexto está em xeque a identidade do(a) assistente social diante de profissões consolidadas e legitimadas no campo sanitário, geralmente associadas ao paradigma biomédico.

(...) Como a capacidade argumentativa [das/os assistentes sociais] é frágil, o que ocorre, no mais das vezes, é a submissão aos demais profissionais com capacidades discursivas e argumentativas aparentemente mais consistentes e apoiadas na visão reducionista do processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2011, p.66).

Expressão deste quadro foram algumas polêmicas que encontramos na produção acadêmica pesquisada, particularmente no campo da saúde mental. Não é nosso objetivo empreender uma análise dos mesmos, contudo, não podemos deixar de mencionar algumas posições que consideramos como demandantes de estudos mais aprofundados e que tem a ver tanto com a identidade profissional, ou a sua suposta indefinição na área (sobre a qual se debruça Costa, 2000), quanto com o arsenal heurístico que serve de suporte ao Serviço Social na saúde. São elas: a consideração do Assistente Social ser ou não profissional de saúde; o papel do(a) assistente social na saúde; a posição do Serviço Social frente às demais profissões sanitárias; o Serviço Social Clínico; a discussão do cuidado e sua relação com a profissão.

A primeira diz respeito a uma posição que parece indicar que, apesar do reconhecimento legal, o Serviço Social não seria uma profissão de saúde (questionamento que indicamos no capítulo antecessor), como podemos subentender das afirmações a seguir:

Com todo este contexto e contorno, o movimento de reforma psiquiátrica impõe novas demandas para todos os profissionais da saúde mental, particularmente para os assistentes sociais, **que não são profissionais da saúde**, mas tem atualmente este campo numericamente como um de seus principais espaços sócio ocupacional. A Resolução 287/98 do Conselho Nacional da Saúde reconhece o Serviço Social como uma das 14 profissões da área da saúde, mas **no interior da categoria há um acúmulo ainda incipiente nesta arena** (SM19, p.84 – grifos nossos).

A maioria dos assistentes sociais destes dispositivos [serviços substitutivos] são iniciantes na área da assistência psiquiátrica, muitas com pouco tempo de trabalho como profissional e sem uma qualificação específica no campo. O tipo de vínculo empregatício preponderante é como prestador de serviços,

isto é, na condição de precarização das relações de trabalho. Nestes novos serviços o que fragiliza a categoria é a dispersão espacial entre estes serviços e profissionais; a parca realização de cursos de atualização que aglutinem a categoria e tratem especificamente de seu objeto de intervenção na assistência psiquiátrica. Ainda, como trata-se de um novo dispositivo, com práticas e um processo de trabalho em processo de construção, a insegurança tende a permear o cotidiano dos assistentes sociais, até porque **não é originariamente considerado um trabalhador da assistência psiquiátrica, do campo “psi”, nem tem uma formação profissional voltada para esta matéria** (SM6, p.6 – grifos nossos).

Os trechos acima remetem a indagações acerca do que significa ser profissional de saúde: apenas aquele que interfere diretamente na doença? Tal compreensão tem a ver, portanto, com a concepção de saúde e o modelo de atenção adotado/defendido. Não estamos, com isso, afirmando que as autoras acima possuem uma concepção biomédica, mas que precisamos refletir melhor sobre tal temática.

Sabemos que há assistentes sociais atuando na saúde mental desde a configuração da política de atenção na área. Embora tradicionalmente participe do processo de trabalho atuando junto a usuários e famílias, seu objeto de intervenção não é a subjetividade ou o sofrimento psíquico, mas a atuação junto aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (CFESS, 2009). Evidentemente, o trabalho na área demanda conhecimentos relacionados à saúde mental, mas não apenas sobre o adoecimento, já que a proposta da Reforma Psiquiátrica incorpora o debate dos DSS, da cidadania, da participação, etc., como questões fundamentais na atenção à saúde mental e componentes fundamentais do debate do Serviço Social nas últimas décadas.

Para além dessa concepção, todavia, diversos textos analisados alertam para as lacunas teóricas sobre o Serviço Social na saúde mental, assim como a negação dos saberes “psi” tem resultado em inconsistências no trabalho do assistente social, colaborando para uma atuação marcada pelo pragmatismo e pelo ecletismo (SM9). Aqui, portanto, novamente vem à tona a discussão da formação profissional:

Nesse sentido, as dificuldades atuais do assistente social no campo da saúde mental podem ser melhor equacionadas por uma formação profissional do Serviço Social que amplie a compreensão do sujeito, sem afetar estruturalmente o atual projeto ético político. De um lado, as deficiências da formação em relação às questões específicas do setor e em relação aos processos subjetivos podem ser superadas com literatura compatível e, de outro, com a revitalização de certas tradições profissionais vinculada aos

processos de mobilização, participação social e mediação de conflitos numa visão teórica mais marxiana de compreensão dos aspectos sociais, econômicos e políticos e subjetivos da totalidade social. É um grande equívoco teórico tanto entender o sujeito como destituído de uma humanidade coletiva, quanto considerar sua intimidade excluída de uma totalidade social (SM20, p.225).

A segunda posição em relação à inserção do Serviço Social na saúde, ainda no campo da saúde mental, se refere à aceção de considerar o Serviço Social como subalterno ou complementar à psiquiatria, como podemos perceber nos trechos abaixo:

Bisneto (2007), em sua análise acerca da prática dos assistentes sociais na saúde mental, destaca que: [...] no processo terapêutico, o médico psiquiatra não dá conta de todas as demandas colocadas pela problemática de seus pacientes. Para sucesso do empreendimento, **conta com vários outros profissionais que complementam sua atuação, e o assistente social é um deles**. Nos serviços substitutivos, cabe ao serviço social todas as questões genéricas e contextuais tidas como sociais, pois escapam ao plano biológico ou psicológico (p. 117) (SM17, p.63 - grifos nossos).

(...) ainda que o **Serviço Social seja subordinado à Psiquiatria**, trabalha com as famílias proporcionando suporte acerca do transtorno e ações terapêuticas dentro da instituição, visando, principalmente, a manutenção dos usuários dentro dos moldes do tratamento atribuídos pelos profissionais de psiquiatria, através de **terapias** que contemplem as questões sociais, pois estão alheias das teorias biológicas e psicológicas (SM1, p.5 – grifos nossos).

Aqui também percebemos que a compreensão acerca do trabalho do(a) assistente social está intimamente associada ao modelo de atenção adotado. Num modelo médico centrado, o Serviço Social efetivamente acaba por assumir um papel subalterno, complementar. Porém, quando se trata do modelo substitutivo, que tem por norte o referencial da produção social da saúde, o quadro deveria mudar de conotação.

Chama a atenção também, no último trecho citado, a referência à terapia em relação às expressões da questão social, o que remete à terceira posição encontrada no debate - expressa rapidamente no último artigo, mas problematizada por vários deles – é a de que o assistente social seria “apto” para realizar terapias ou uma prática clínica. Aqui o trabalho do assistente social é considerado uma “atividade clínica”, polêmica que transborda atualmente o campo da saúde mental. Tal debate coloca em questão as próprias atribuições do Serviço Social e seu lugar na divisão sócio técnica do trabalho (CFESS, 2010).

Ainda que não se referisse ao Serviço Social Clínico, um dos artigos apresentou uma concepção bastante problemática ao discutir o trabalho de assistentes sociais junto a equipes da ESF:

Neste sentido, os profissionais da equipe sentiram a necessidade de trabalhar junto com o Serviço Social, pois essa profissão **“diagnostica e trata problemas sociais que impedem indivíduos e grupos de atingirem um nível satisfatório de saúde”** (HERRERA, 1976 p.213) (RAPS17, p.4 - grifos nossos).

A autora faz referência ao Serviço Social de Casos e, como vemos, concebe que uma profissão possa “tratar” “problemas sociais”.

Prosseguindo na discussão do Serviço Social Clínico, na análise de Robaína (2010), a reivindicação da legitimidade deste parece ser resultante de uma “crise de identidade” do assistente social num campo no qual as outras profissões tem formação clínica, somada aos constrangimentos objetivos e subjetivos das forças hegemônicas. Sobre estas, a autora menciona que, em território tupiniquim, tem ocorrido uma tendência à predominância dos saberes “psi”. Nesse contexto, um “Serviço Social clínico”²⁴⁰ obteria, em tese, um “lugar ao sol”.

Os Parâmetros (CFESS, 2009) consideram, entretanto, que tal abordagem significa o obscurecimento da função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho. Em outras palavras, segundo Robaína (2010), implica uma traição ao mandato social da profissão. O documento oficial mostra que a questão não é a adoção de referências sobre a área “psi”, mas o distanciamento do objetivo da profissão no campo da saúde, que envolve a compreensão da determinação social da saúde e a busca de estratégias para seu enfrentamento (CFESS, 2010, p.16).

(...) escapar aos constrangimentos das hegemonias *psi* não significa abster-se do campo ou assumir uma perspectiva assistencialista instrumental. Se a tarefa histórica do Serviço Social na saúde mental não é ater-se à subjetividade, também não é restringir-se à assistência social. (...) A saúde mental é uma subárea da política de saúde, com diretrizes, princípios e estratégias próprias, que nos diz respeito enquanto trabalhadores sociais (ROBAÍNA, 2010, p.146).

²⁴⁰ Aqui é importante demarcar que o referencial da Clínica Ampliada é bem distinto da abordagem do Serviço Social Clínico.

Sobre este posicionamento, cabe observar que o documento mencionado (CFESS, 2010) adverte que tal postura não implica a desconsideração da dimensão subjetiva, que, aliás, importa ser considerada em sua relação com a totalidade da vida social, "(...) não somente para incorporar reflexões sobre a subjetividade humana aos aspectos da dinâmica social, mas também porque pode efetivamente contribuir para uma compreensão mais ampla da relação entre estrutura social e saúde mental" (SM20, p.226).

Frente tal cenário, um dos artigos enfatiza a necessidade de “maior clareza sobre suas [do assistente social] atribuições, objeto profissional, saberes e contribuições, de modo que subsidiem a construção das fronteiras de competência em relação às outras profissões do campo” (SM 14, p.242).

Outro ângulo na análise dessa “crise” é que outros profissionais assumindo tarefas tradicionalmente executadas pelos assistentes sociais:

Em nosso ponto de vista, o componente gerador de desconforto no Serviço Social não é a diluição do social nos aspectos “psicológicos”, mas sim a ampliação da democratização do debate do “social” na equipe e nas diversas intervenções de outros profissionais da saúde mental. Ou seja, atualmente, passamos por uma mudança no campo da saúde mental, em que se busca um aprofundamento dos aspectos sociais na desinstitucionalização, enfatizando a cidadania e inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Este aspecto tem repercussões sobre os demais profissionais que compõem esse campo, pois, transforma os capitais culturais, econômicos e simbólicos, resultando em transformações profundas nas relações e posições dos vários profissionais (SM14, p.245).

Quanto a isso, vale recordar que “(...) nem a questão social nem o social são exclusividades do assistente social” (SM19, p.87) e que uma ampla gama de intervenções deste profissional vão estar em interface com outras profissões. Disso resulta que o trabalho em equipe pode ser perpassado tanto por disputas corporativas, quanto por uma construção interdisciplinar (SM19).

O artigo SM7, embora considere a possibilidade de uma atuação terapêutica por parte do(a) assistente social, considera que “(...) a melhor estratégia não é se colocar como um paramédico ou um técnico clínico, nem tentar se isolar numa pretensa especificidade “social”, mas articular uma metodologia integrada dialeticamente (BISNETO, 2005, p. 127) ” (SM7, p.5).

A quarta postura em relação à inserção do Serviço Social na saúde, que toca em todas as demais, se refere ao debate sobre o papel do(a) assistente social na área. Em alguns dos artigos, este se volta para contribuir com “tratamento” ou a cura, como ilustra o trecho abaixo:

(...) o Assistente Social, por ser um profissional colaborador no tratamento da pessoa com câncer e membro de uma equipe multidisciplinar, contribui em suas ações cotidianas, para a melhoria na qualidade de vida construindo estratégias de intervenção por meio de ações educativas e assistenciais que colaboram para que a pessoa nessa fase tão peculiar da doença se mantenha no tratamento, reduzindo os índices de desistência e desmotivação frente ao mesmo (RST21, p.6).

Ainda que o foco abranja a qualidade de vida e as estratégias girem em torno da ES e das ações assistenciais, o trabalho do(a) assistente social se circunscreve ao adoecimento. Temos ciência de que, nas redes secundária e terciária, os desafios são imensos no sentido de ultrapassagem do modelo biomédico. No entanto, aparentemente, tal é a perspectiva que ainda rege a própria compreensão sobre o Serviço Social na área.

A última posição diz respeito à percepção do assistente social como “operador do cuidado em saúde” (G10, p.138). Fizemos anteriormente algumas ponderações sobre a discussão do cuidado que, em nossa avaliação, precisa ser aprofundada. É neste veio que, com base nas reflexões de Merhy (2004), algumas assertivas têm considerado que todas as profissões de saúde exercem práticas terapêuticas e que

(...) todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para operação de recursos e instrumentos terapêuticos, vê-se a possibilidade da organização de uma assistência em conjunto/equipe, deslocando o eixo da organização das práticas profissionais de atenção à saúde do corporativo-centrado (responsabilidade dos atos de saúde pertencem ao profissional que os executa), para o eixo usuário-centrado (responsabilidade com o Projeto Terapêutico, com o direito à saúde) (G10, p.132).

Embora estas sejam afirmações correntes no debate da Saúde Coletiva, analisamos que precisam ser confrontadas com a literatura de nossa área, com a discussão baseada no PEP, demandando também o aprofundamento da discussão sobre a Clínica Ampliada, que tem pautado principalmente as discussões sobre a APS.

Consideramos que o ângulo da PS pode contribuir para superação de alguns desses impasses que existem no debate sanitário de nossa profissão, especialmente no que tange às polêmicas do Serviço Social clínico ou das especializações da saúde.

Avaliamos que a **existência de tais polêmicas explicita a necessidade de adensamento do arcabouço teórico-metodológico do Serviço Social em relação aos seus objeto e objetivos na saúde**. Isso demanda o aprofundamento da discussão dos alicerces que sustentam uma atuação na saúde pautada no PEP que, como vimos, passa pela apreensão da determinação social da saúde (CFESS, 2010). Vale aqui retomar uma citação dos Parâmetros em relação ao objetivo do trabalho do(a) assistente social na saúde, que “(...) passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p.28). Inquestionavelmente, este é (ou deve ser) o horizonte da atuação na área.

O que se percebe, no entanto, é que,

embora encerre preocupação e reconhecimento acerca dos determinantes sociais, o conjunto das respostas dadas pelo Serviço Social não resulta de reflexões aprofundadas acerca dos determinantes sociais²⁴¹. Esta é condição essencial para que o Serviço Social possa ampliar sua contribuição ao debate junto à equipe de saúde, à gestão do SUS, aos espaços de controle social e ao movimento sanitário, na perspectiva de construir argumentos que possam colaborar para desenvolver alternativas metodológicas e técnico-operativas alinhadas à construção de práticas contra-hegemônicas, como é o caso das práticas moldadas pela intersetorialidade (COSTA, 2010, p.218)

É importante indicar que, não obstante a relevância dos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde (por ser um marco extremamente importante para o exercício profissional na área), gostaríamos de destacar que, embora cite que alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais no setor – “(...) como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade (...)” (CFESS, 2009, p.37), os mesmos não são trabalhados. Na avaliação de Nogueira (2013), isso expressa algumas fragilidades do documento, que não menciona as polêmicas e debates sobre tais categorias-chave para o exercício profissional no setor; “(...) além da não introdução de referências teóricas que permitissem ao profissional ultrapassar a abstração discursiva sobre garantia de direitos” (NOGUEIRA, 2013, não paginado).

²⁴¹ Nesses termos, como afirma a autora em foco, a atuação profissional revela preocupação com os DSS, mas sem aprofundá-la nem se voltar sua diferenciação da determinação social da saúde, o que reforça a necessidade destacada anteriormente, referendada por Nogueira (2011), de aprofundamento do debate sobre o tema.

Avaliamos que a consideração da PS como um eixo importante para pensar o Serviço Social na saúde pode contribuir para o adensamento dessa discussão sobre a determinação social da saúde, o que certamente repercute na tessitura do exercício profissional, se considerarmos as várias dimensões que compõem a ação do(a) assistente social.

Isso porque, como indicamos em capítulo precedente, a partir das elucubrações de Carvalho e Ceccim ([s.d.]), **o Serviço Social pode ser incluído no conjunto das profissões de saúde cujo núcleo de competências é a promoção da saúde**, desde que pautada no ideário da RSB dos anos 1980. Dito de outra forma, a clareza de que a PS – numa perspectiva crítica - pode ser o **campo prioritário** do exercício profissional na saúde, pode contribuir para o enfrentamento dos traços conservadores que ainda impregnam a atuação de assistentes sociais na saúde. Aqui entramos no que denominamos como terceira esfera da necessária interlocução entre o Serviço Social e a PS: o campo do trabalho profissional.

A crítica ao perfil de atuação emergencial, burocrática é consensual entre os autores(as) ligados ao PEP, a exemplo de Vasconcelos (2006), Costa (2006), Miotto e Nogueira (2006b): é necessário ir além da ação emergencial, burocrática, e desvelar as reais necessidades das/os usuárias/os, que envolvem a determinação social da saúde e apontam para a PS.

É importante mencionar ainda que a ênfase na necessidade da PS no cotidiano profissional não implica desconsiderar as condições e relações de trabalho, que, por vezes, comprometem a realização de ações além da assistência aos problemas emergenciais, nem significa responsabilizar individualmente as/os profissionais pelos limites colocados ao seu trabalho. Pelo contrário: temos clareza de que, num contexto no qual o modelo médico assistencial privatista é hegemônico²⁴², os desafios para uma prática que aponte para a PS são enormes: a prevalência da racionalidade biomédica entre profissionais e usuários; a necessidade de adensamento da formação profissional na direção do ideário da RS dos anos 1980; a

²⁴² "No âmbito das práticas profissionais, os maiores desafios [à integralidade] concentram-se na cultura dos profissionais que tendem a cristalizar suas ações em intervenções especializadas, deste modo, fragmentadas e pautadas no modelo biomédico, bem como de concepções teóricas 'mecânicas' oferecidas pelo princípio da integralidade. Portanto, a ausência da ação intersetorial dificulta a concretização de ações que objetivam o acesso ao direito, mediante políticas sociais, como a integralidade da atenção à saúde (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006)" (SANTOS, 2010, p.105).

fragilidade nos vínculos contratuais²⁴³; a comumente precária estrutura física das unidades de saúde; a escassez de recursos; a grande demanda pela assistência curativa, entre outros.

Defendemos que tecer um exercício profissional com tonalidades distintas do conservadorismo requer a consideração das contraditórias demandas colocadas nos serviços de saúde; a tentativa de apreensão das reais necessidades das classes populares; a busca de qualificação e adensamento do referencial crítico em relação ao Serviço Social e também à Saúde Coletiva (especialmente no que tange à determinação social da saúde, à PS, à intersectorialidade), mas também sobre os conhecimentos instrumentais e sobre os procedimentos operacionais, enfim, às várias dimensões que compõem a ação profissional.

Avançar em tais processos - intimamente relacionados à construção de uma contra-hegemonia – é também um desafio para o exercício profissional de assistentes sociais no SUS, campo para o qual a PS pode oferecer um adensamento acerca do sentido de sua atuação conforme proposta nos Parâmetros, sob a regência do PEP.

Além disso, seguindo Costa (2010), é fundamental a sistematização e problematização dos dados e informações adquiridas a partir do atendimento às necessidades emergenciais, com o objetivo de incluí-las na agenda do sistema de seguridade social e subsidiar os posicionamentos de conselheiros e movimentos de usuários e trabalhadores nos espaços de controle social, além de buscar a articulação com entidades e organizações dos usuários, visando “(...) potencializar a influência e participação dos segmentos e movimentos reivindicatórios e/ou engajados no movimento sanitário e/ou os que militam nos espaços de controle social” (COSTA, 2010, p.228). Essa uma atividade que pode – ou deve – ser efetuada em todos os espaços ocupacionais.

Vale registrar que propor a priorização da PS no cotidiano profissional do(a) assistente social não significa que a demanda por assistência direta deva ser desconsiderada. Ao contrário, por se configurar como uma das principais requisições institucionais, ou por contraditoriamente expressar também necessidades dos usuários que necessitam ser respondidas, é preciso que o citado profissional atue sobre tais demandas. **“(...) A questão que se coloca não é a concentração nas ações emergenciais [nas redes secundária e terciária],**

²⁴³ “(...) Os contratos de trabalho são quase sempre precários, especialmente na atenção primária, e a terceirização manifesta-se na formação de consórcios intermunicipais e na contratação de equipamentos e de técnicos de operação e manutenção” (SOUZA, OLIVEIRA, CASTRO, 2011, p. 105).

mas o ativismo que as tem marcado” (COSTA, 2010, p.228 – grifos nossos) ou que elas sejam o foco ou objetivo principal da atuação.

Além disso, entendemos, com Amador (2009, p.138), que “(...) **não é o espaço de trabalho que irá determinar o profissional como sendo burocrático ou imediatista**” (grifos nossos); ou se será tradicional, preventivista ou promocionista. Também não são as “etiquetas” (auto)atribuídas aos profissionais de conservadores ou progressistas. Ainda que nas condições de trabalhador assalariado, o que vai definir o teor da atuação do(a) assistente social é a forma como organiza seu processo de trabalho, como usa seu tempo, como define suas prioridades de ação, o que necessariamente é norteado pelo projeto profissional que abraça - no qual estão incluídos seus referenciais teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo -, que contem conexões com projetos societários.

Cabe aqui observar que, tendo um caráter eminentemente educativo, o exercício profissional do(a) assistente social assume determinada direção política, norteada por projetos profissionais que possuem relação com projetos societários (portanto, com a disputa pela hegemonia ou pela construção de uma contra-hegemonia). Destarte, o trabalho profissional pode adquirir conotações progressistas, associadas aos princípios da RSB e do PEP, ou se tingir de configurações conservadoras que, no campo da NPS, reproduzem práticas de culpabilização do indivíduo, de normatização, como vimos no capítulo precedente.

A defesa da PS como referencial do trabalho coletivo em saúde – e para o exercício profissional do(a) assistente social - requer necessariamente apreender as contradições existentes nos espaços ocupacionais, os embates entre os projetos sanitários, bem como a relativa autonomia profissional, concepção presente nas proposições orquestradas pelo PEP para o exercício profissional.

Afinal, como nos lembram Guedes e Castro (2009), “(...) a implantação de práticas inovadoras não tomam seu lugar sem a correlação de forças dos sujeitos envolvidos, sem o embate e o estranhamento que o novo traz à rotina de um trabalho muitas vezes já alienado e viciado” (p.9). Neste sentido, endossamos a reflexão de Soares (2010, p.107) de que

(...) a resistência daqueles que defendem a reforma sanitária em seu marco legal original está em fazer uso desse espaço contraditório, lutando pela efetivação desses princípios no seu sentido real e concreto. E, neste caso, defender o uso das novas tecnologias para a garantia efetiva do direito à saúde pública, bem como de uma assistência que atenda às reais necessidades

sociais da população usuária do sistema (SOARES, 2010, p.107).

É este o desafio para a atuação de assistentes sociais no campo da saúde, para o qual o referencial da PS, sob a égide dos princípios da RSB dos anos 1980, pode contribuir.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas questões de pesquisa se voltaram para as configurações da discussão sobre a Promoção da saúde no debate profissional do Serviço Social.

O veio analítico adotado para adentrar nesse universo buscou a ultrapassagem da manifestação fenomênica do discurso promocional, implicando a busca do desvendar os fundamentos históricos e ideopolíticos do Movimento da NPS, tarefa árdua por lidar com discussões complexas e ambíguas, que conformam um terreno movediço no qual os termos do debate podem possuir contraditórias significações, além de estarem travestidos de um discurso progressista. Em outras palavras, os princípios, diretrizes e conceitos que estão envoltos na NPS são polissêmicos, polifônicos, muitas vezes associados ao ideário social-liberal ou da Terceira Via e à busca de uma nova hegemonia frente ao quadro de crise do capitalismo, o que nem sempre é evidente no debate acadêmico e político sobre a mesma.

Em nossa incursão sobre a NPS, buscamos apreender seus antecedentes históricos, que passam pelos movimentos de questionamento ao modelo hegemônico de atenção à saúde - o biomédico -, que se configuraram na dialética entre a luta pelo direito à saúde das classes populares e os processos de busca de reafirmação da hegemonia no campo da saúde, em processos relacionados aos interesses políticos e econômicos em jogo no setor sanitário.

Neste sentido, existem importantes contribuições da NPS no sentido de pôr em xeque o modelo biomédico, ao colocar em pautas temáticas como o direito à saúde, as iniquidades em saúde, a intersetorialidade, os determinantes sociais, a concepção holística de saúde, etc. Contudo, o ideário promocional pode encobrir uma abordagem funcionalista e conservadora que favorece a manutenção da ordem social; culpabiliza indivíduos, desconsiderando suas condições de vida e trabalho, determinadas pela forma de organização da sociedade capitalista, bem como exercendo um papel repressor e subalternizante sobre os mesmos; reforça a medicalização e a mercantilização da saúde, estando muitas vezes associada à indústria do bem-estar; contribui para a afirmação de uma estética cultural individualista e “saudável”, fenômenos claramente associados à conformação de uma nova pedagogia da hegemonia.

No Brasil, as lutas pelo direito à saúde, no bojo da RSB, requisitavam tanto alterações na ordem social - na perspectiva da democratização e da consolidação dos direitos sociais, requerendo um movimento articulado rumo à construção de políticas sociais e econômicas de

enfrentamento da desigualdade social -, quanto modificações no modelo de atenção à saúde, o que implicava em alterações no processo de trabalho médico-centrado, com foco na doença e no indivíduo, com redirecionamento das ações das equipes de saúde, abrangendo, além da assistência, a prevenção, a promoção da saúde, a participação popular, a intervenção nos determinantes sociais da saúde, a intersectorialidade, a interdisciplinaridade.

Neste cenário, a PS/NPS, embora não tenha tido um tratamento aprofundado nas produções iniciais da Saúde Coletiva, ocupava um lugar polêmico nas discussões desta, havendo desde posturas que a incorporam acriticamente, passando por algumas redefinições que a inseriam nas discussões da RSB, até aquelas que se recusam a realizar seu debate em virtude de sua associação com a responsabilização individual pelo estilo de vida. Não obstante, subentendemos a existência de um diálogo velado, ou seja, a existência de “um duplo movimento”, embora a RSB tenha assumido, a partir do referencial marxista, uma posição bem mais radical que o debate internacional.

É importante registrar, contudo, que, a partir dos anos 1990, as proposições da NPS se imiscuíram ao debate do SUS, penetrando de tal forma o delineamento da política de saúde que impregna a legislação nacional e coloca variadas questões para o trabalho na área.

Apesar das diversificadas críticas à NPS, consideramos que o debate e as ações em torno da promoção da saúde - se fundados nas proposições da Reforma Sanitária Brasileira-, podem contribuir para o fortalecimento do SUS.

Nesse quadro, procuramos refletir sobre o Serviço Social enquanto profissão que historicamente se insere nos serviços de saúde, sendo reconhecida como profissão sanitária (ainda que não atue exclusivamente nessa área), com base nos pressupostos da integralidade, da universalidade, da participação social e da importância do trabalho em equipe no âmbito do SUS.

A proposta do novo modelo de atenção à saúde, advinda desse novo sistema de saúde, possibilita a resignificação do trabalho do(a) assistente social, a partir das antigas e novas demandas colocadas ao profissional, que se relacionam às tensões entre os projetos sanitários em disputa nos espaços ocupacionais (o privatista e do SUS possível *versus* o da RSB); do alargamento de sua inserção nos serviços de saúde; ou ainda das respostas profissionais,

especialmente aquelas referendadas no PEP, que defende que o trabalho profissional pode contribuir para a luta pelos valores emancipatórios.

Apesar de tradicionalmente o espaço atribuído ao Serviço Social na saúde ser predominantemente a inserção nas redes de atenção secundária e terciária, com as principais demandas no campo da assistência direta aos usuários, as requisições colocadas pelo projeto da RSB abre espaço para que, nas contradições dos espaços ocupacionais, se busque desvelar e responder às reais necessidades das/os usuários, o que implica considerar a determinação social da saúde e avançar no sentido de uma prática além do emergencial, que, tendo clareza da dimensão pedagógica do exercício profissional, possa contribuir para a construção da consciência sanitária, de uma contra-hegemonia.

Nesse estudo, identificamos diversas demandas relativas à PS/NPS colocadas ao Serviço Social na cena coetânea, sejam aquelas referentes à PNPS e às demais requisições da política sanitária atual (inclusive na saúde suplementar); sejam as estratégias no âmbito da formação no SUS, desencadeadas pelo MS, nas quais a profissão vem se inserindo, que também vem colocando a relevância da NPS/PS.

Na pesquisa sobre o debate profissional do Serviço Social, entretanto, averiguamos que, apesar das referências à PS ou à NPS constantes na legislação sanitária e na literatura da área, bem como a remissão a noções/conceitos tão variados, em linhas gerais, esse tema não tem sido analisada/problematizada na produção científica de nossa área.

Os dados analisados no estudo bibliográfico (realizado junto aos anais dos CBAS e aos periódicos da área), que cobriu o período de janeiro de 2006 a abril de 2012, colocam as fragilidades do debate do Serviço Social em relação à PS/NPS, em praticamente todas as subáreas consideradas, seja pelas debilidades naqueles artigos que apresentam alguma noção sobre o termo, seja naqueles nos quais está ausente.

É importante registrar que, nos textos nos quais a concepção aparece, as tendências são diversas: a noção aparece em sentido bastante genérico; a crítica à NPS é ainda tímida, não adquirindo ênfase nas produções; as concepções do MS sobre a PS/NPS são reproduzidas acriticamente. A vertente mais presente nos textos acerca da PS/NPS foi a da Vigilância da Saúde, que possui liames com a perspectiva preventivista. A explicação para tal descoberta, no entanto, ultrapassa o escopo de nosso estudo.

Frequentemente os termos PS, prevenção e educação em saúde são usados como sinônimos, apesar de todo o arcabouço teórico-político ao qual se vinculam. Deste modo, embora a ideia de PS esteja presente, precisa ser mais bem explicitada e clarificada.

No polo oposto, a ausência da referência à PS/NPS é axiomática: ocorre uma ênfase na prevenção ou na educação em saúde no debate profissional, caindo-se na defesa de movimentos que já foram criticados desde o surgimento da SC, como o preventivismo. Nesta perspectiva, alguns dos textos, aparentemente desconhecendo tais críticas e as discussões da NPS, colocam a prevenção ou a ES como estratégia basilar para modificação do modelo de atenção. Cumpre mencionar que detectamos inclusive poucas referências à PNPS na maioria dos textos analisados, apesar desta política pretender ser transversal à legislação sanitária.

Assim, em linhas gerais, constatamos que o tratamento dado à PS/NPS no debate profissional do Serviço Social é ainda bastante embrionário e a temática não vem se configurando com relevância na agenda teórico-política da nossa área, o que evidencia uma considerável lacuna na produção acadêmica. Vale destacar, porém, que essa incipiência parece não se restringir à nossa profissão.

Face tal quadro, uma importante questão emergiu: por que o Serviço Social não tem aprofundado a discussão sobre a PS/NPS? Embora seu tratamento mais exaustivo esteja além de nossos objetivos nesse momento, buscamos apresentar algumas respostas a esta pertinente inquirição.

Em nossa análise, tal situação resulta de uma série de elementos, que se entrecruzam. Inicialmente destacamos que a polissemia do discurso promocional dificulta sua leitura crítica, especialmente por sua aparência de concatenação ao ideário do SUS, posição largamente divulgada pelo MS. Tal perspectiva tem se disseminado no âmbito da produção da Saúde Coletiva, que tem incorporado, em linhas gerais, o discurso acrítico sobre a NPS, posição que também tem sido reproduzida no Serviço Social.

Outro aspecto a ser considerado é que esta profissão, tendo se aproximado tardiamente da RSB, não se apropriou de forma densa dos fundamentos da Saúde Coletiva, o que, associado ao referencial histórico crítico do PEP, possibilitaria um posicionamento mais contundente frente ao ideário promocional. Neste sentido, defendemos a necessidade da

profissão adensar a discussão sobre temas como modelos de atenção à saúde, NPS, a intersectorialidade, entre outros.

Cabe aqui um destaque especial à imprescindibilidade do aprofundamento da compreensão em torno da determinação social da saúde (distinta dos DSS), concepção basilar para o trabalho dos(a) assistente social na saúde.

Concomitantemente, identificamos que as/os autores de maior referência na área geralmente não vêm se debruçando sobre o tema, o que pode repercutir na inclusão do tema na agenda de pesquisa profissional. Isso, evidentemente, não os responsabiliza pelos (des)caminhos do debate promocional no Serviço Social, embora expresse as lacunas da discussão na área.

O fato de se configurar como uma estratégia que diz respeito também ao microprocesso de trabalho, tema sobre o qual o Serviço Social - apesar dos avanços na produção teórica nos últimos anos - ainda possui fragilidades, pode vir dificultando a discussão sobre a PS/NPS.

Neste bojo, consideramos a necessidade de superar esse movimento de “negação” (consciente ou não) da discussão sobre a PS/NPS, através da incorporação ao tema de uma referência teórica crítica, conhecendo melhor seus princípios e diretrizes, esmiuçando seu significado, apreendendo suas contradições, denunciando as distorções de alguns discursos, enfim, transformando tão polêmico debate em objeto de estudo e reflexão de estudiosas/os e profissionais da área.

Além disso, em nossa avaliação, além da contribuição para a assistência à saúde, o Serviço Social pode ser pensado como uma profissão cujo escopo é a PS – sob a égide dos princípios da RSB dos anos 1980. Ou seja, a PS pode se configurar como o campo por excelência da atuação do(a) assistente social no SUS, nas diversas redes de atenção.

Em nosso entendimento, a relação da PS com o Serviço Social se coloca em duas esferas. A primeira seria como arcabouço teórico e político – associado ao ideário da RS – que pode contribuir para orientar o trabalho de assistentes sociais nos variados espaços ocupacionais do SUS, contribuindo inclusive para iluminar a discussão sobre a identidade do assistente social como profissional de saúde e para imprimir ao mesmo uma direção que busque ir além do adoecimento, considere a determinação social da saúde, objetive a

construção de estratégias intersetoriais que contribuam para o enfrentamento das desigualdades sociais e possam efetivamente gerar, produzir saúde.

A segunda seria como campo de trabalho que, ultrapassando as fronteiras de uma atuação assistencial e burocrática, voltada para a demanda espontânea, além de incorporar a perspectiva da educação em saúde, considere a importância do trabalho no território, avance no sentido da consideração da determinação social da saúde, da participação e do controle social, na perspectiva dos direitos sociais, contribuindo para a construção da consciência sanitária, de uma contra-hegemonia.

Neste sentido, outra contribuição que o debate promocional numa perspectiva crítica pode trazer para o Serviço Social é o reforço da discussão sobre a distinção entre demandas e necessidades, apontando para a apreensão das necessidades das classes populares e da importância do enfrentamento da determinação social da saúde se dar de maneira coletiva, o que pode colaborar para a superação da priorização do atendimento às demandas emergenciais no exercício profissional.

Além do mais, há a possibilidade de redimensionar algumas das estratégias propostas pela NPS, inserindo-as em um referencial crítico, na perspectiva da RSB dos anos 1980, o que pode contribuir para dar concretude à produção da saúde no cotidiano dos serviços de saúde.

Não podemos esquecer, contudo, que é necessário qualificar de que promoção se está falando. Isso porque, a depender das opções teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas das/os profissionais, o trabalho pode se voltar – ainda que de forma não consciente – para uma abordagem individualizante, focada nos estilos de vida, que desconsidera as condições de vida e de trabalho da população, ainda que em nome da Reforma Sanitária. Isso pode ocorrer através da realização de atividades individuais, grupais ou comunitárias que adotem estratégias de educação em saúde, de prevenção ou promoção da saúde, mas que não consideram efetivamente a determinação social da saúde.

Cabe lembrar que, embora não venha sendo uma temática trabalhada em termos conceituais no Serviço Social, existem muitos profissionais que, embora sem uma formulação teórica clara, ou mesmo sem usar o termo, concretizam ações no sentido da PS sob o ideário da RSB.

Ao fim de nosso estudo, é importante assinalar que, apesar de nosso esforço analítico, a pesquisa em tela é exordial, frente à densidade teórico-política da PS/NPS. Dessa forma, indicamos o desafio de analisar um tema extremamente complexo, atravessado por distintos interesses políticos e sobre o qual os discursos, de maneira geral, são apologéticos ou acríticos; sem contar o certo “modismo” em torno da NPS, que vem sendo apregoada por vários organismos internacionais como uma estratégia progressista diante dos vários desafios do atual quadro epidemiológico. Além disso, o debate promocional não se restringe à saúde pública, mas atualmente tem conexões com a saúde privada, com movimentos ambientalistas, entre outros. Neste sentido, compreender os processos societários aos quais a NPS está associada, percebendo suas vinculações com o ideário social-liberal ou da Terceira Via e a busca de uma nova hegemonia diante da crise do capitalismo foi uma tarefa árdua, que certamente precisa ser aprofundada em outros estudos. Outro desafio foi a incipiência dos estudos que associam a PS/NPS ao Serviço Social.

Deste modo, diversas questões aqui indicadas demandam investigações aprofundadas, que se debrucem sobre a NPS, adensando a análise de seu significado e sua relação com a RSB, à forma como a Política Nacional de Promoção da Saúde vem sendo tecida em território nacional, bem como a inserção da PS/NPS no debate da saúde pública/coletiva e no debate das diversas profissões sanitárias, bem como no processo de trabalho sanitário em toda a rede. Além, evidentemente, das relações entre a PS e o Serviço Social nos diversos espaços ocupacionais, inclusive pelas potencialidades que tal interface que pode trazer o exercício profissional na área, desde que orquestrada pelos princípios da reforma sanitária e do PEP.

Em relação à metodologia adotada para a coleta de dados, vale mencionar que, em nosso planejamento inicial, elegemos também como instrumento a entrevista com autores de relevância no campo do Serviço Social e Saúde, o que certamente contribuiria para alcançar os objetivos de nosso estudo. No entanto, isso não foi possível por uma série de fatores, dentre os quais a impossibilidade de um encontro presencial para realização da coleta dos depoimentos; e a resistência de alguns analistas em discutir a temática. Dessa forma, não utilizamos as duas entrevistas que conseguimos realizar, o que nos fez lançar mão apenas da pesquisa bibliográfica para coleta dos dados.

Quanto a esta, a análise inicial nos colocou um grande desafio: foram raros os artigos diretamente voltados para ou que trabalhavam a temática. Neste sentido, houve limites na abordagem escolhida para a análise dos artigos, que buscou examinar a noção/conceito de PS/NPS, posto que tal discussão não fosse, geralmente, o propósito dos textos. Diante desse quadro, apesar de termos realizado a análise dos textos individuais, nosso objetivo se voltou para apreender as tendências gerais das publicações da nossa área em torno do tema escolhido.

Vale explicitar também que temos nitidez de que os artigos analisados não abarcam, de maneira exaustiva, as publicações que podem acolher textos referentes à temática, ainda que indiquem importantes canais de divulgação da produção do conhecimento em nossa área.

Para finalizar, enfatizamos que, se há grandes contradições no debate e na consolidação da PS, como demonstramos, face ao atual quadro sócio-sanitário, aos desafios colocados às modificações do modelo de atenção à saúde - inclusive no processo coletivo de trabalho em saúde -, aos incipientes avanços no campo da intersetorialidade, seja na macropolítica ou na micropolítica, entre outros desafios colocados ao SUS, é indiscutível a necessidade do adensamento de discussão da temática, bem como a relevância da conformação de práticas em sua direção, desde que associado ao ideário da RSB dos anos 1980, reafirmando a indissociabilidade dos princípios do SUS.

Neste sentido, o Serviço Social, norteado pelo PEP, pode dar oferecer importantes contribuições tanto teóricas quanto práticas para o adensamento do debate, em virtude de seu compromisso com a transformação social. Ao mesmo tempo, a apropriação – numa perspectiva crítica - do substrato do debate sobre a PS pode colaborar com o trabalho do(a) assistente social numa perspectiva que contribua para a tessitura de uma contra-hegemonia.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL - ABESS. CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – CEDEPSS.. Proposta básica para o Projeto de Formação Profissional. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 50, p.143-171, 01 abr. 1996. Trimestral.

ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. In: **Serviço Social e Sociedade** n.79. São Paulo, Cortez, 2004.

ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. RJ: Editora UFRJ, 2006.

—. **Traducir a Gramsci**. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2007.

—. **Gramsci**. Notas de aula. Recife, 2010.

AGÊNCIA Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Brasil. Nota Técnica- RN Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças**. Rio de Janeiro: Agosto de 2011.

AGUIAR, R.A.T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado da Faculdade de Medicina). Belo Horizonte, UFMG, 2003.

AKERMAN, M.; DUHLI, L.; BOGUS, C.M. A questão urbana e a saúde: impactos e respostas necessárias. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (orgs.). **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; OPAS, 2006.

ALBUQUERQUE, T.I.P. **Concepções sobre Promoção da Saúde e sua didatização nas disciplinas de Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva**. 2011. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva). Recife, UFPE.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner. **Cad. Saúde Pública** v.26, n.12, Rio de Janeiro, dez. 2010.

ALVES, F.L.; MIOTO, R.C.T.; GERBER, L.M.L. A Política Nacional De Humanização e o serviço social: elementos para o debate. **Serviço Social & Saúde**. Campinas, v. 6, n. 6, p. 1-17, Maio 2007.

ALVES, G. Ocupar Wall Street... e depois? In: HARVEY, D. et al. **Occupy**. Tradução João Alexandre Peschanski et al. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2012.

AMADOR, J.R.O. A prática do serviço social no plantão: limites e desafios para a efetivação de direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 97, p. 482-496, jul./set. 2009.

ANDERSON, P. **Las antinomias de Antonio Gramsci**. Estado y revolución en Occidente. Barcelona: Editorial Fontamara, 1981.

ANDRADE, L.O. **A Saúde e o dilema da intersectorialidade**. Campinas: Hucitec, 2006.

___.; BUENO, I.C.de H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

___.; BARRETO, I.C.H.C.; PAULA, J.B. Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: CATRIB, A.M.F.; DIAS, M.S.A.; FROTA, M.A.(orgs.). **Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

AREOSA, J. O risco na teoria social. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 6., 2008, Lisboa. **Anais do VI congresso português de sociologia**. Lisboa: [s.n.], 2008. p. 1 - 16. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/323.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2011

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

___ . AROUCA, A.T. Medicina de Comunidade: implicações de uma teoria. In: FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, AROUCA; AROUCA, 2008, P. (orgs). **Saúde em debate**: fundamentos da Reforma Sanitária. RJ: Cebes, 2008 – reimpressão.

ARROYO, H.V. **La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias en promoción de la salud en América Latina**. Global Health Promotion 2009; 16; 66 originally published online May 15, 2009; IUHPE – Global Health Promotion Vol. 16, No. 2, 2009. Global Health Promotion 2009; 16; 66 originally published online May 15, 2009. Disponível em < <http://ped.sagepub.com>>. Acesso em 15-01-2013.

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, ASSIS, 2005, p. 15-24, jan./jun. 2005

___ . Promoção da saúde, prevenção e ações educativas: bases teórico-conceituais no desenvolvimento de programas com idosos. In: ___. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ . Tese (Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, J.R. de C.M. Prefácio da edição brasileira. ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. SP: Hucitec: Ed. UESP, 1994.

BACK, S.S. Equidade, desigualdade e iniquidade em saúde: mote contra o projeto de universalidade. . **Anais da II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz: 2005.

BARATA, R. B. Desigualdades e saúde. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BARROCO, M.L.S. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BATALHA, E.; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. **Radis – Comunicação e Saúde**, n.124, jan. 2013.

BAVA, S.C. Índícios de polarização. **Le Monde Diplomatique Brasil**. Ano 6, nº 65, Dezembro, 2012.

BELLINI, M.I.B.; CLOSS, T.T. (org.). **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social**. Porto Alegre : EdiPUCRS, 2012. Disponível em <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0192-6.pdf>.

BELLINI, M.I.B.; CLOSS, T.T.(orgs.). **Serviço social, residência multiprofissional e pós-graduação: a excelência na formação do assistente social [recurso eletrônico]** Dados eletrônicos. – Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

BELLINI, M.I.B.; AZEVEDO, V.L.S. Estudo sobre a contribuição dos Programas de Ensino em Serviço na inovação/mudança curricular dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Relatório final de atividades PIBIC/CNPq**. Porto Alegre/RS, julho de 2011.

BERLINGUER, G. Equidade, seletividade e assistência à saúde. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**. 1999. N 47. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451999000200004.

BERLINGUER, G. O capital como fator patógeno. In: __. **Medicina e política**. 3 ed. SP: Hucitec, 1987.

__.Uma reforma para a saúde. In: __. TEIXEIRA, S.M.F; CAMPOS, G.W. de S. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1988.

__. A promoção da saúde. In: __. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE-HUCITEC-CEBES, 1993.

__. **Causas sociales y implicancias morales de las enfermedades**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=798&sid=4>. Acesso em 11/01/2011.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BOUSQUAT, A.; CONH, A.; ELIAS, P.E.M. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

BRAGA, R. Introdução. Gramsci, A. **Americanismo e fordismo**. Trad. Gabriel Bogossian. São Paulo: Hedra, 2008.

BRANCO, R.C. (org.). **Encruzilhadas da América Latina no século XXI**. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

___. O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia do bem-estar.. In: MOTA, A.E. (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução das desigualdades**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília-DF: MS, Março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 19 Mar. 2013.

___. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

___. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

___. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

___. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: 2006b.

___. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10 fev.2007.

___. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 19 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 02 jan. 2011 a.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.. **Casa Civil:** Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 jun. 201

__. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

__. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). CNES. **Recursos Humanos, Profissionais, Indivíduos** – Segundo CBO 2002. Última atualização nov.2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. Acesso em 15 Dez. 2012.

__. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** (Pró-Saúde). [s.d.]. Disponível em <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em 10 Out. 2012.

__. Secretaria de Assistência Social/Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.** Competência: Janeiro de 1998 a Dezembro de 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 23 Jan. 2013.

__. Secretaria de Assistência Social/Departamento de Atenção Básica. **Academia da Saúde.** [s.d.] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37078>. Acesso em 26 Dez. 2011.

BRAVO, M. I. de S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

__. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

__. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

__.; MENEZES, J.S.B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: __. (orgs.). **Saúde na atualidade:** por um Sistema Único de Saúde universal. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

___ ; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

___ . CORREIA, M.V. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, no.109 , Jan./Mar. 2012.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

___ . Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2002; 2(6):50-63. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23%281%29021.pdf>.

___ . Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

___.; CARVALHO, A.I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

CALLINICOS, A. Igualdade e capitalismo. In: BORON, A.A.; AMADEO; J.; GONZALEZ, S. (orgs.). **A teoria marxista hoje**. Problemas e perspectivas. 2007. Disponível em <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/caCALLINICOS>, 2007, p. 10.doc >.

CAMARGO JR, K.R. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.76, n1,p.63-76, 2007.

___ . A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177- 201, 2005.

CAMARGO, M. **Configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na saúde coletiva no espaço sócioocupacional da atenção básica**. Dissertação (Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul). Porto Alegre, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; Prefácio. In: CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC):OPAS, 2005.

___ . Prefácio. In: CASTRO, A.; MAIO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006a.

___ . Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: ___et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006b.

__. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Vol. 3, n. 1, Brasília, mar. 2006 c.

__. Suficiências e insuficiências das políticas para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

__. BARROS, R. B.; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, v.9, n.3p.745-749.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.2, 2006, p.23-33, Maio-Ago 2006.

CARNEIRO, H.S. Apresentação. Rebeliões e ocupações de 2011. In: HARVEY, D. et al. **Occupy**. Tradução João Alexandre Peschanski et al. São Paulo: Boitempo; Carta Maior, 2012.

CARVALHO, D.B.B de; M.O. da S. SILVA. Introdução. In: CARVALHO, D.B.B. de; SILVA, M.O.S. **Serviço Social, pós-graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

CARVALHO, I.; BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CARVALHO, S.R.; __. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2005.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. [s.l.]: 2004, v.9 n.3. p.669-678.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. Disponível em <<https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>>. Acesso em 09-11-2012.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

__. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista Saúde Pública**, v.38, n. 5, 2004.

___.; FERREIRA, M. S. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cad. Saúde Pública**, v.25,n.1, Rio de Janeiro Janeiro, 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100007>>. Acesso em 01 Mar.2012.

___.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. Risco e estilo de vida saudável. In: ___. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2010 (Coleção Temas em Saúde).

CASTRO, A.; MALO, M. Apresentação. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

CASTRO, M.M.C.; OLIVEIRA, L.M.L Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

CASTRO; M.; LIMA, A.B.R; ZUCCO, L.P. **Serviço Social na Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

CAVALCANTI, M.L.T.; CABRAL, M.H.P.; ANTUNES, L.R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1813-1823, 2012.

CAVALCANTI, P.B. Profissionalização e corporativismo nos serviços públicos de saúde no Brasil. In: __.; MIRANDA, A.P.R.; SILVA, M.A. **Saúde e recursos humanos: explorando dimensões**. João Pessoa: Manufatura, 2007.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE – CEBES. **Documentos alertam sobre risco de câncer pelo uso de agrotóxicos**. 09 Maio 2012. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=2845&idSubCategoria=24>>. Acesso em 29 Out. 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE - CEBES. **Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1º Simpósio de Políticas e Saúde (UFF)**. [s.d.]. Disponível em: <www.cebes.org.br/.../DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set-out, 2004.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul-set, 1997.

__. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CHAPELA, M.D.C. Contenidos de poder en la historia de la promoción de la salud. In: __.; GARCÍA, A.C. **Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos**. D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

CHAPELA, M.D.C; GARCIA, A.C. Introducción. In: **Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos**. D.R. Universidad Autónoma Metropolitana: México, 2010.

CHEN, L.C.; BERLINGUER, G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. In: **Desafío a la falta de equidad en la salud**. Publicación científica y técnica 585. Fundación Rockefeller OPS: 37-47. Washington C.C. 2001. Disponível em <http://publications.paho.org/spanish/Capitulo_4_PC585.pdf>.

CLARK, E. G.; LEAVELL, H.R. Níveis de Aplicação da Medicina Preventiva. In: **Medicina Preventiva**. Tradução de Maria C.F Donnangelo, Moisés Goldbaum, Uraci Simões Ramos. São Paulo: McGraw do Brasil; Rio de Janeiro: FENAME, 1997.

COMISSÃO Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais da iniquidade em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, 2008

COGGIOLA, O. Gramsci: história e revolução. DIAS, E.F et al (orgs). 2 ed. **O outro Gramsci**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONH, A.; NAKAMURA, E. ; CONH, C. O Programa Saúde da Família entre o público e o privado. In. VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBAÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010 (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas) .

__. **Resolução n.º 383/99**. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução nº 287 de 08 de Outubro de 1998**. Disponível em <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>.

__. **Resolução 218 - 97** - Regulamentação das profissões de Saúde. <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc.../RES_CNS218_97exerc_p.doc>

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES. Comissão de Avaliação da Área de Serviço Social. **Relatório de Avaliação 2007-2009**. Trienal 2010. Disponível em < <http://trienal.capes.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/SERVIÇO-SOCIAL-RELATÓRIO-DE-AVALIAÇÃO-FINAL-jan11.pdf>>. Acesso em outubro/2012.

__. Relação de Cursos Recomendados e Reconhecidos. Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas. Área: Serviço Social. [s.d.] **Disponível em:** <<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarIes&codigoArea=61000000&descricaoArea=CI%CANCINAS+SOCIAIS+APLICADAS+&descricaoAreaConhecimento=SERVI%C7O+SOCIAL&descricaoAreaAvaliacao=SERVI%C7O+SOCIAL>>. Acesso em 28 Mar. 2013.

__. Comissão de Avaliação da Área de Serviço Social. **Relatório de avaliação**. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>>. Acesso em outubro/2012.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. 2005 a. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

__. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b.

__. **Controle social na saúde.** In MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

__.; MEDEIROS, S.M.A. **As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão.** Maceió, 2012 (não publicado).

COSTA FILHO, D.C. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença. Publicado na edição nº 6, janeiro/fevereiro/março de 1978. FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. (orgs). **Saúde em debate:** fundamentos da Reforma Sanitária. RJ: Cebes, 2008 – reimpressão.

COSTA, L.F.A.; RIBEIRO, H.M.C.B. **Políticas de saúde e serviço social:** contradições, ambiguidades e possibilidades. Paraíba: EDUFPG/Fortaleza: EdUECE, 2011.

COSTA, M. D. H.; **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde:** um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Recife: PPGSS/UFPE, 1998.

__. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: Serviço Social e Sociedade, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

__. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>, acesso em 10/02/2011).

__. **Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** Tese (Doutorado em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010.

__ . **A intrínseca relação entre intersetorialidade e promoção da saúde.** Natal, 2012 (texto não publicado).

COSTA, M.D.H. **Parecer da pré-banca de tese de Kathleen Elane Leal Vasconcelos.** Recife, 2013. Texto não publicado.

COSTA, M.L.; RIBEIRO, H.M.C. (orgs). **Políticas de Saúde e Serviço Social: contradições, ambiguidades, possibilidades.** Fortaleza: EDUECE, 2012.

COSTA, M.R. Os amálgamas das transformações da Educação Popular. **EccoS – Revista Científica.** São Paulo, v.2, n.1, p.123-140, jan/jun 2009.

COSTA, N.B.F. **O serviço social na promoção da saúde de jovens e adolescentes no Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia/sede.** [s.d.]. Disponível em: <<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/1041/1/RAA-24-Ferreira-O%20servicio%20na%20promocao%20da%20saude%20de%20jovens.pdf>>. Acesso em 10 Maio 2011.

COUTINHO, C.N. (org). **Gramsci.** Porto Alegre: L&PM, 1981.

__. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios.** São Paulo: Cortez, 1996.

COUTINHO, C.N. Notas sobre Cidadania e modernidade. In.: **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social,** Ano 2, nº3, 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em 05 mar 2008.

__. **Intervenções: o marxismo na batalha das idéias.** São Paulo: Cortez, 2006.

__. Notas sobre Cidadania e modernidade. In: **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social,** Ano 2, nº3, 2005. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em 05 Mar. 2008.

___ . A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. (orgs). **Hegemonia às avessas: economia, cultura e política na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010.

___ . **De Rousseau a Gramsci: ensaios de teoria política**. São Paulo: Boitempo, 2011.

CRUZ, D.K.A. **Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: ___; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003a.

___ . **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. 2003b. Disponível em <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em 16 Fev.2012.

___; FREITAS, C. M. (orgs). **Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências**. 2ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009.

DANTAS, A.O.; SILVA, J.G.S. Considerações sobre a atuação do assistente social no campo da promoção da saúde. **Revista Multidisciplinar IESC**. Arapiraca, v.1, n.3, jan-jun, 2011.

DAVI, J. et al **Notas sobre a crise capitalista e as tendências da Seguridade Social brasileira**. Campina Grande, 2011 (mimeo).

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP/Fapesp,1999.

DIAS, E.F et al (orgs). **O outro Gramsci**. 2 ed. SP: Xamã, 1996.

DINIZ, L. **Mídia induz obesidade infantil**. 2012 Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=3408&idSubCategoria=24>>. Acesso em 29 Out. 2012.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRUCK, G.; FILGUEIRA, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Katálisis**. Florianópolis, jan-jun. 2007. v. 10, n. 1,.

DURAND, J.C.G. A serviço da coletividade - crítica à sociologia das profissões. **Revista Administração Emp. Rio de Janeiro**, nov/dez 1975.

DURIGUETTO, M.L.; BALDI, L.A.P. Serviço Social, mobilização e organização popular: uma sistematização do debate contemporâneo. **Katálisys.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jul./dez. 2012.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**: trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

ESCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. In: __. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em 27-2-13.

__ . Equidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em <<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em 01 mar. 2011.

FARIA, E. **Dicionário escolar Latino-Português**. Campanha Nacional de educação. Ministério de Educação e Cultura. 4 ed. Rio de Janeiro, 1967.

FAUSTO, M.C.R; VIANA, A.L.d'A. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil de assistência. In: VIANA, A.L.d'A.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

____. Prefácio. RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. RJ: Fiocruz, 2010.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C.A. **Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança**. Disponível em <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>>.

FERREIRA, VA.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas Atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7):1674-1681, jul, 2007.

____. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**, vol. 2, junho 2006. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf>. Acesso em 24 Dez. 2012.

FERRINHO, P.; REGO, I. Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. **Políticas Públicas Saudáveis**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011. Disponível em <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PPS.pdf>>. Acesso em 18 Mar. 2013.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. São Luiz: n. 13, 2007.

__. Estratégias para mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**, v. 2, p. 78-80, 2006.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v.33, n.83, set-dez.2009.

FLORES, A.. **Resenha de A Revolução do Bem-Estar**: como fazer fortuna na próxima. ([s.d.]). Disponível em <<http://www.stsbrasil.com.br/autoajuda/A%20Revolucao%20do%20Bem-Estar.pdf>>. Acesso em 11/11/2012.

FONTES, V. Prefácio: Novas encruzilhadas e velhos fantasmas. In: BRANCO, R. (org.). **Encruzilhadas da América Latina no século XXI**. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.

FRAGA, C.K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social e Sociedade** nº 101. São Paulo: 2010.

FRANCO DE SÁ, R. F. Um sobrevôo histórico, conceitual e axiológico no campo da promoção da saúde. In: __.; SCHAMALLER, V.P.V. (orgs). **Ações integradas e comunitárias para promoção da saúde da criança**. Recife: ED. UFPE, 2008.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Brasília: Liber-Livro Editora, 2008.

FRANCO, T.B. et al. Reestruturação Produtiva da Saúde Suplementar no Brasil: Programas de Promoção e Prevenção. **XXI Congresso da Associação Latina de Análise dos Sistemas de Saúde**. Cidade do México, set. 2010. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/calass-2010-reestruturacao-productiva-na-saude-suplementar.pdf>> Acesso em 16/02/2012.

__.et al. Biopolítica, bioética e promoção da saúde. In: RIBEIRO, C.D.M. et al (orgs). **Saúde Suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FRANZOI, N.L. Profissão. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>.

FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. TEIXEIRA, S.F. In.: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

GARCÍA, J.C. As ciências sociais em medicina. In: NUNES. E.D. (org.). **Juan Cesar García: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

GARCIA, M.L.T. Há pedras no meio do caminho: reflexões sobre a produção científica em periódicos da área de Serviço Social. **Argumentum**. Vitória, v.1., n.1., jul/dez 2009.

GARRAFA, V; CORDON, J. Determinantes sociais da doença. Revista **Saúde em Debate**. RJ, v33, n83, set/dez.2009.

GIDDENS, A. Introdução. In: __. (org.). **O debate global sobre a terceira via**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Sup1, 2008.

__.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: __. et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

__.et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3), 2009. Disponível em <www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>. Acesso em 16 Nov, 2009.

GOMES, G.K.C.; SANTANA, R.N.N. Lutas sociais urbanas e serviço social: temas e questões presentes nos anais do Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS). **Cad. Pesq.**, São Luís, v. 19, n. especial, jul. 2012.

GONÇALVES, G.. Brasil só perde para EUA em número de academias. **Isto é**, São Paulo, 25 jul. 2010. Semanal. Coluna Economia. Disponível em: <<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/economia/20100725/brasil-perde-para-eua-numero-academias/42929.shtml>>. Acesso em: 5 dez. 2012.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

__. Cadernos do cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. (v.1).

__. **Americanismo e fordismo.** Quaderni del Carcere. Trad. Gabriel Bogossian. São Paulo: Hedra, 2008.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel:** As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre, L&PM Editores, 1980.

GUEDES, H.H.S.; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, 4 n.1, p. 4-26, jul/dez. 2009.

GUERRA, E.C.; GUIMARÃES, M.C.R.; SILVA, R.C. A questão urbana e a produção acadêmica do serviço social brasileiro em foco. **Temporalis.** Brasília (DF), ano 12, n.24, p. 191-214, jul./dez. 2012.

GUERRA, I. O potencial do ensino teórico-prático no novo currículo: elementos para o debate. **Revista Katalysis**, v.8, n. 2. Editora UFSC: Florianópolis, 2005.

__. O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social e Sociedade** nº 91. São Paulo: Cortez, 2007.

__. **A instrumentalidade do Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2008.

__. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: 2009.

GUIMARÃES, E.M. S. **Serviço Social e Saúde da Família:** perspectivas de inserção e prática profissional. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

GURGEL, M.G.I. et al Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery** (impr.)2011 jul-set; 15 (3):610-615.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: **A condição pós-moderna.** 15 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

__. et al. **Occupy.** Tradução João Alexandre Peschanski et al. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2012.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx.** Ediciones Península, Barcelona, 1978. Segunda edición, 1986.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: __ . CARVALHO. R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

__ . CARVALHO. R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

___ . **Renovação e conservadorismo no Serviço Social:** ensaio críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

___ . Ensino e Pesquisa no Serviço Social: desafios na construção de um projeto de formação profissional. **Cadernos Abess** nº 6. São Paulo: Cortez, 1993.

___ . As dimensões Ético-Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

___ . et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em <http://www.fneps.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>, acesso em 10/02/2011).

___ . **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007a.

___ . **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. SP: Cortez, 2007b.

___ . O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: 2009.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud:** uma antología. Washington (DC): OPS; 1996.

___.; PAYNE, L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. **Health Promotion International.** Vol. 18. No. 4 © Oxford University Press 2003.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde.** UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

___ . Saúde pública no Brasil: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. Anais da **VI Jornada Nacional de Economia da Saúde.** Brasília/DF, 2012.

LABONTE, R. Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad. Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud:** uma antología. Washington (DC):OPS; 1996.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians,**1981. Disponível em <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>>. Acesso em 15 Out. 2011. (Lalonde Report).

__.El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

LANZA, L.M.B. O exercício profissional em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a questão da formação profissional dos assistentes sociais. **XX Seminário Latinoamericano de Escuela de Trabajo Social**. Córdoba/Argentina, 2012.

__. **Atualizando o debate**: formação profissional, trabalho em saúde e Serviço Social. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). São Paulo: 2010.

LANZA, L.M.B.; CAMPANUCCI, F.S.; BALDOW, L.O. As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional. R. **Katál.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012.

LATHAM, M. A terceira via: um esboço. GIDDENS, A. (org.). **O debate global sobre a terceira via**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

LAUREL, A. C. Avançando em direção ao passado: políticas sociais no neoliberalismo. In: ___. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

__. A saúde-doença como processo social. La salud-enfermedad como proceso social". **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em <<http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>>. Acesso em 13-10-2012.

LEAVELL; H.R; CLARK, E.G. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: ___. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 1977.

LEHER, R. Ideologia do desenvolvimento, pobreza e hegemonia. In: MOTA, A.E. (org.). **Desenvolvimentismo e construção da hegemonia**: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LESSA, S. **Serviço Social e trabalho**: porque o Serviço Social não é trabalho. Maceió: EDUFAL, 2007.

LIMA, K.R.S.; MARTINS, A.S. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, L.M.W.(org.). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

LIMA, T. C. S. **As ações socioeducativas e o Projeto Ético-Político do Serviço Social**: tendências da produção bibliográfica. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Serviço Social). Florianópolis, UFSC, 2006.

LOBATO, L.de V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LUZ, M. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICENO-LÈON, R.; MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.C. (coord.). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

LUZ, M.T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saude Familia**, v.9, p.8-19, 2008.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3), mar. 2011.

MACHADO, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: ___. (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MAGALHAES, Z. r. et al. Profissão e trabalho: reflexões sobre o setor saúde. **Enfermería Global** N° 6 Mayo 2005.

MARANHÃO, C.H. Desenvolvimento social como liberdade de Mercado: Amartya Sen e a renovação das promessas liberais. In: MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

MARQUES, R.M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2), 2003. Disponível em <www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>, acesso em 16 Nov.2009.

MARTINELLI, M.L. Serviço Social: rompendo a alienação. In ___. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 1989.

MARX, K. **Sociologia**. Traduzido por Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pellegrini. São Paulo: Ática, 1979. (coletânea organizada por Octávio Ianni e coordenada por Florestan Fernandes).

___.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

___. **Crítica ao Programa de Gotha**. Edição de Ridendo Castigat Mores. [sl]: Rocket Edition, 1999. Disponível em <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/gotha.html>>. Acesso em 27 Set. 2010.

___. **A questão judaica**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MATTA, G.C.; MOROSINI, V.G. Atenção à Saúde. . In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em 28 dez. 2011.

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90**: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Rio de Janeiro: PPGSS/UFRJ, 2000.

__. **Serviço Social, Ética e Saúde**: Reflexões Para o Exercício Profissional. São Paulo: Cortez, 2013

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

__. Direitos, necessidades de saúde e integralidade. In: __.; PINHEIRO, R. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

__. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em <ucbweb2.castelobranco.br/.../ARTIGO___OS_SENTIDOS_DA_...>. Acesso em 15 Out. 2011.

MELO, A.A.S. Os organismos internacionais na condução de um novo bloco histórico. In: NEVES, L.M.W.(org.). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

MELO COSTA, N. **A Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde da Família**. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família). UFPE, Recife, 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

__. **A Atenção Primária à saúde no SUS**. Ed. Escola de Saúde Pública do Ceará: Fortaleza, 2002.

MENDES, J.M.R. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 107, MENDES, 2011, p. 461-481, jul./set. 2011.

MENDES, J.M.R.; BELLINI, M.Y.B. Formação do Assistente Social: respondendo as exigências do mundo da saúde. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís/MA, 2005.

MERHY, E. E.; **Saúde**: Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2002.

__. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/O_ato_de_cuidar__a_alma_dos_ser_vicos_de_saude/59>. Acesso em 15 Nov.2011.

__. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. Campinas: Hucitec, 2007.

__.; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: __. (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, M. C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde**: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n. 1, 2000. p.7-18.

MINAYO, M. C.S. Fase de análise ou tratamento do material. In: __. **O desafio do conhecimento**: a pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, R.C.T.; LIMA, T.C.S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009.

__.; NOGUEIRA, V.M.R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006a.

__.;__. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006b.

__.;__. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**. Brasília, v.11, n.25, 2009.

__.; ROSA, F. N. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o Serviço Social na estratégia Saúde da Família. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UFSC, Florianópolis.

__.SCHÜTZ, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. **Anais do DIPROSUL**. Pelotas, 2011. Disponível em <antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>, acesso em 11-11-2012.

MONTAÑO, C. Um projeto para o Serviço Social crítico. **Revista Katalysis**. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802006000200002&lng=pt&nrm=iso>.

__. Servicio Social y intervención: la politización de la acción profesional. COSTA, G.M.; SOUZA, R.M. (orgs). **Curso de Serviço Social: 50 anos em Alagoas: educação, direito e emancipação humana**. Maceió: EDUFAL, 2008.

__. **A natureza do Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MORGENSTERN, M. Mais ricos, mais pobres. Reportagem especial sobre economia mundial. **Revista Carta Capital**, 31 de outubro de 2012.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. Educação em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em 28 dez. 2011.

MOTA, A.E. **O feitiço da ajuda: as determinações do Serviço Social na empresa**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

__. As dimensões da prática profissional. **Presença Ética**. Revista Anual do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ética/PPGSS da UFPE. Ano III, nº3 – dez.2003.

__. **O Serviço Social na contemporaneidade: a “questão social” e as perspectivas ético-políticas**. Disponível em: <www.cfess.org.br/Frentes_XXIX_EncNac_CFESSCRESS_Anexo2.htm>. Acesso em: 19 jul. 2004.

__. Prefácio. CARVALHO, D.B.B. de; SILVA, M.O.S. **Serviço Social, pós-graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

__. Las condiciones del contexto latinoamericano y las demandas del mismo a la profesión (Trabajo Social) desde las dimensiones teóricas, metodológicas, éticas y políticas. Ponencia presentada en el **II Seminario Internacional sobre Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica**. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Departamento de Trabajo Social. Medellín, Colombia, 2009a (mimeo).

__. **O Serviço Social na América Latina**. Notas de aula. Recife, 2009b.

__. As condições do contexto latino-americano e as demandas à profissão, desde as dimensões teórico-metodológicas, éticas e políticas. **XII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. 2010a.

__. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro. In: __. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010b.

__. Apresentação. In: __. (org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução das desigualdades**. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, A.E; AMARAL, A. S. “Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social”. In.: MOTA, A. (Org.): **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

___; AMARAL, A.S.; PERUZZO, J.F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

NASSER, R.S.; SODRÉ, F. **Entre o Serviço Social e a Promoção da Saúde: o trabalho de assistentes sociais na Saúde Coletiva**. [s.d.] Disponível em: <<http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/resumos/resumos/5214.htm>>.

NETTO, José Paulo. **O que é marxismo**. Coleção Primeiros Passos. 7ª ed. Editora Brasiliense, 1985.

___ . Notas para a discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social. **Cadernos ABESS** nº3. São Paulo: Cortez, 1989.

___ . **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

___ . Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade** nº 50. São Paulo: 1996.

___ . **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2001.

___ . A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

___ . Introdução ao método na teoria social. In: CFESS/ABEPSS (org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: 2009.

NEVES, L.M.W; SANT’ANNA, R. Introdução: Gramsci, o Estado educador e a nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, L.M.W.(org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.

NOGUEIRA, M.V. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

___ . **Parecer da pré-banca de tese de Kathleen Elane Leal Vasconcelos**. Recife, 2013. Texto não publicado.

___ . **Indicações metodológicas para encaminhamento de investigação**. Florianópolis, [s.d.]. Texto não publicado.

NOGUEIRA, R.P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a.

__. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.7, n.12, p.185-90, fev 2003b.

__. Determinantes, determinação e determinismos sociais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v.33, n.83, set-dez.2009.

NOVAES, H.de M. Bases conceituais: os relatórios Flexner e Dawson. **Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde (Silos)**. Análise conceitual e apreciação de programas selecionadas na América Latina. São Paulo: Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e da Saúde; Opas, Livraria Pioneira e editora, 1990.

NUNES, E.D. Medicina Social. In: **Medicina Social no Brasil**. Revista de Cultura. Vozes. Ano 74, abril 1980, nº3.

__. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global Ed, 1983.

__. Ciências sociais em saúde: uma reflexão sobre sua historia. MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. (orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, S. R. et al. promoção da saúde: concepções de equipes de saúde da família dos municípios de Belo Horizonte e Contagem - MG. **Rev APS**. v.14, n.4,p. 389-396, Out-Dez, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R. A promoção à saúde e a clínica: o dilema promocionista". CASTRO, A; MALO, M (orgs.). **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas**: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Adelaide, 2010. Disponível em <http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSDH%20Discussion%20Paper%20resources/1%20Governance/Adelaide%20Statement/ETH_hiap_statement_2010_PT.pdf> Acesso em 19 Mar. 2013.

__. **Atención Primaria de Salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Ginebra, 1978.

__. “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”. **57ª Assembleia Mundial de Saúde**. 22 de maio de 2004. Tradução não oficial realizada pela CGPAN/MS.

__. European Working Group on Health Promotion Evaluation. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**. Copenhagen, 1998. Disponível em <<http://www.dors.it/alleg/0400/1998%20Euro%20WHO%20HP%20Evaluation%20recom mendations%20to%20policy-makers.pdf>>. Acesso em 10 Set.2012.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: Washington, D.C: OPAS, 2007.

OURIQUES, J.C. **Análise de documentos internacionais de Promoção da Saúde**: possíveis contribuições para a Educação Física brasileira. Dissertação. (Programa de Pós-graduação em Educação Física). UFSC, Florianópolis, 2006.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

__. A reforma sanitária e os modelos assistências. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p.476-477.

__. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

__. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

__. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

__. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.

__. Atenção primária: uma receita para todas as estações? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jun./set. 2012.

PAIVA, S.O.C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social. Tese (Doutorado em Serviço Social). UFPE: Recife, 2012.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS**: resignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

PELLEGRINI FILHO, A. et alli. Propostas de modelos de saúde. In: FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. (orgs). **Saúde em debate**: fundamentos da Reforma Sanitária. RJ: Cebes, 2008 – reimpressão.

PEREIRA, P. A. P. **Política Social**: temas e questões. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994- 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro/RJ, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC;UERJ: ABRASCO, 2010.

PINTO, H.A. **A nova política de APS – DAB/MS com foco na política de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ)**. Relatório da 3ª reunião do comitê coordenador da Rede de Pesquisa em APS. Brasília, 2010. Disponível em <www.abrasco.org.br/UserFiles/File/.../2011/RedeAPS3aR_240611.pdf>. Acesso em 2 Ago. 2011

POLO, V. C. O; PASTOR, M. **O Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde**. 2006. Disponível em <http://ssrevista.uel.br/c-v9n1_vania.htm>. Acesso em 24/05/08.

__. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006c (Série B. Textos Básicos em Saúde).

PORTELLI, H. **Gramsci e o Bloco Histórico**. 6. ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2002.

PRÉDES, R. Serviço Social e políticas sociais: articulação histórica e necessária para compreender da profissão. In: __. (org.). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho em Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2007.

QUINTINO, T.D. et al . AS contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades. **Revista de APS** (Online), 2011. Disponível em <www.seer.ufjf.br/files/journals/3/articles/.../1282-5887-1-ED.doc>, acesso em 10 Dez. 2012.

QUIROGA, C. **Invasão positivista no marxismo**: manifestações no ensino da Metodologia no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1991.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: desafio ou adaptação?** A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. Tese (Programa de Pós-Graduação em estudos Comparados sobre as Américas). Doutorado em Ciências Sociais. Brasília, 2006.

RAVAGNANI, C.L.C; ETO, F.; SARRETA, F.deO. O Serviço social e a promoção da saúde no contexto de saúde ampliada. BERTANI, I.F et al (orgs). **Pacto pela saúde: conversando sobre o SUS**. Franca: UNEPS-FHDSS, 2010

REFORMA Sanitária Brasileira. Manifesto **“Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”**, 2005. Disponível em <www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>. Acesso em 11/01/2011.

RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: __.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Medica Panamericana Ltada, 2001.

RIBEIRO NOGUEIRA, V.M. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 235-255, jul./out.2012.

ROSADO, I.V.M. A dimensão educativa da Estratégia Saúde Da Família: reproduzindo o modelo curativo ou construindo o protagonismo dos sujeitos na promoção da saúde? Anais da **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, 2011.

ROSANVALLON, P. **A nova questão social**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Global Ed, 1983.

__. **Uma história da saúde pública**. SP: Hucitec: Ed. UESP, 1994.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA; C.D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009. Disponível em www.rbhcs.com.

SALVADOR, A.D. **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica: elaboração e relatório de estudos científicos**. 5 ed. Porto Alegre, Sulina, 1976.

SANTOS, C.M. **Os instrumentos e técnicas: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFRJ: Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, T.C. **A ação profissional do assistente social e suas contribuições para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família no Município de Ponta Grossa – Paraná**. Dissertação (PPGSS). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

SCHMALLER, V.P.V.; SILVA, M.G.; FRANCO DE SÁ, R. **Política Nacional de Resíduos Sólidos: Interfaces com Promoção da Saúde, Municípios Saudáveis e Saúde Urbana**. Recife, 2012 (não publicado).

__. et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n.2, p. 346-361, ago./dez. 2012.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M. Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: a equipe multiprofissional. **Pesquisa em Saúde Pública**: documentos técnicos. OPAS, 1999.

SECCO, L. Crise e estratégia em Gramsci. DIAS, E.F et al (orgs). 2 ed. **O outro Gramsci**. SP: Xamã, 1996.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: n.18, p.203-211, 2002. Suplemento.

SETUBAL, A.A. Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional. **Revista Katalysis** v 10. Florianópolis, 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

SILVA C.P. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde no contexto da estratégia Saúde da Família. CATRIB, A.M.F.; DIAS, M.S.A.; FROTA, M.A. **Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Campinas, Sp: Saberes Editora, 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 1998.

__.; ALVES, C.A.; ALVES, M.G. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC;UERJ: ABRASCO, 2010.

SILVA, F.D.; SOUZA, A.L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **R. Pol. Públ.** São Luís, v.14, n.1, p. 85-94, jan./jun. 2010.

SILVA, J. G. et al. Promoção da Saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro: UERJ, jul-set .2008, v.16, n.3, p.421-425.

SILVA, J.O.; GADEA, C.A. Quando o sanitário é estético: a questão da saúde na mídia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n 82, mai-ago 2009.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n 65, set./dez. 2003.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. Tese (Doutorado da Escola de Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

SILVA, L.A.P. Pós-graduação nas profissões de saúde: algumas expressões. **Cadernos Fundap**. São Paulo. Ano 5. No 10. págs, 24-43. Julho/1985.

SILVA, M. G. Questão ambiental e desenvolvimento sustentável. In: MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2010.

SILVA, M. O. S. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

__. et al. A pesquisa, a produção e a divulgação do conhecimento dos programas de Pós-Graduação na área de Serviço Social. In: CARVALHO, D.B.B. de; SILVA, M.O.S. **Serviço Social, pós-graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA, M.T. **A política de saúde e a promoção**: algumas repercussões em Niterói/RJ. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UERJ, 2012.

SILVA, J.O.; GADEA, C.A. Quando o sanitário é estético: a questão da saúde na mídia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n 82, mai-ago 2009.

SILVA, N. B. da. Programa Saúde da Família: uma estratégia e/ou novo modelo de Assistência à Saúde. **Relatório do Seminário Estadual “A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família – PSF”**. Belo Horizonte, 2002. Disponível em <www.cress.mg.org.br/textos/relatorio_psf%20.1.pdf>. Acesso em 30/06/08.

SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K. M. P. da. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande/PB**. 2006. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. UEPB, Campina Grande.

SIMÃO, A.B. et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 352-364, abr./jun. 2010.

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. (org.). **Gramsci: vitalidade de um pensamento**. São Paulo: Ed UNESP, 1998.

__. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004.

__. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. **Rev. Katálisis** [online]. Florianópolis, 2009, vol.12, n.1, pp. 41-49.

SIMÕES, C. A ética das profissões. BONETTI, D.A (org.). **Serviço social e Ética**: convite a uma nova práxis. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

__. A profissão e a lei do assistente social. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, J.C. O trabalho dos/das assistentes sociais em operadoras de planos privados de saúde: um estudo sobre demandas e atribuições. Anais do **XII CBAS**. Juiz de Fora, 2007.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). UFPE, Recife, 2010a.

__. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. MOTA, A.E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: EDUFPE, 2010b.

SOUSA, A.A.S. de. Pós-modernidade: fim da modernidade ou mistificação da realidade contemporânea? **Temporalis** n. 10, Modernidade e Pós-modernidade, Brasília, ABEPSS, 2005. Disponível em < <http://www.cpihts.com/PDF03/Adrianyce%20Angélica.pdf>>. Acesso em 13-10-2012.

SOUZA, A.I.S.; OLIVEIRA, L.M.L.; CASTRO, M.M.C. O trabalho coletivo e as profissões de saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v., n.1, 2011. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/921/931>>.

SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos Fundap**. São Paulo. Ano 5. No 10. págs, 24-43. Julho/1985.

SPOSATI, A. Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social. **Revista Katalysis** v 10. Florianópolis, 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.5-19, maio-ago 2004.

SZETER, S. Uma nova economia política: a importância do capital social. GIDDENS, A. (org.). **O debate global sobre a terceira via**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

TAMBELLINI, A.T; SCHUTZ, G.E. Contribuição para o debate do CEBES sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.83, set-dez. 2009.

TEIXEIRA, C. Prevenção, promoção e vigilância da saúde. **O futuro da prevenção**. Salvador, Casa da Qualidade Ed., 2001.

__. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

__. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: CASTRO, A.; MALO, M.(orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec; Washington (DC): OPAS, 2006.

TEIXEIRA, M.J. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (orgs). **Política social e democracia**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

TEIXEIRA, S. F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: __. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TEIXEIRA, S. M.F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **ERA**. São Paulo, v. 49, n.4, out./dez. 2009.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidade de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. Washington (DC): OPS; 1996.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; ARGENTA, C. E.; VENDRUSCOLO, C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/68/111>>, acesso em 17 jan. 2011.

__. **Estratégia Saúde da Família (ESF) e análise da realidade social: subsídios para as políticas de Promoção da Saúde e Educação Permanente**. Relatório Técnico. Florianópolis, 2009. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/phocadownload/pesquisas_concluidas/estrategia%20sade%20da%20familia%20esf%20e%20anlise%20da%20realidade%20social.pdf>. Acesso em 3-4-2013.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

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

UCHOA, R. Resultado da pesquisa Serviço Social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Temporalis**. São Luiz, ano VII, n. 13. Jan./Jun/2007.

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (UIPES). OFICINA REGIONAL LATINO-AMERICANA – UIPES/ORLA. XIV Boletim da Sub-Região Brasil. Ano XI (11) dezembro / 2009. Disponível

em <http://www.iuhpe.org/uploaded/Regions/Orla/Portuguese%20docs/BR_Boletim_14_De c2009.pdf>. Acesso em 15 Out. 2012.

VALLE, L.D. Com a mídia enferma, a sociedade padece. **Caros Amigos**, ano XVI, novembro 2012. Edição Especial Saúde.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e prática reflexiva. **Em Pauta**. Rio de Janeiro, nº 10, julho de 1997.

__. **A prática do Serviço Social na Saúde: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

__. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. MOTA, A.E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

__. Sistema Único de Saúde, Profissões de saúde e Formação. Revista **Temporalis**, ano VII, n. 13. Jan./Jun/2007.

VASCONCELOS, E.M. O movimento de Higiene Mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro. In: __. (org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Cortez: São Paulo: 2000a.

__. Da hiperpsicologização normatizadora ao recalçamento da subjetividade: notas históricas sobre o Serviço Social, subjetividade e a saúde mental no Brasil e no Rio de Janeiro. In: __. (org.). **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Cortez: São Paulo: 2000b.

__. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment**, sua história, teoria, estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, K.E.L. Estratégia Saúde da Família: tensões no âmbito do SUS. XXVIII **Congresso Internacional da Alas**. UFPE, Recife-PE, 2011.

__. **Infância, infâncias: cotidianidades em espaços socialmente distintos**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). João Pessoa/UFPB, 2002.

__.; SCHMALLER, V.V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011 .

__ et al. Serviço social e Estratégia Saúde da Família: contribuições ao debate. **Serviço Social e Sociedade**, nº 98, julho/2009.

__ et al. **Saúde da Família e Serviço Social: Uma análise da inserção da profissão na Estratégia**. Relatório Final (PROPESQ). Campina Grande, 2010. (não publicado).

VIDAL, M.L.C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 94, p. 132-153l, jul./set. 2008.

VIEIRA, W. Inofensivos ou não? A Anvisa tenta controlar o consumo de suplementos no Brasil, mas o contrabando e o falso marketing prosperam. **Revista Carta Capital**, Ano XVIII, nº 720, 24 de outubro de 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 sup. 2009 (p.217- 226).

VINCENT, A. Conservadorismo. In: __. **Ideologias políticas modernas**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1995.

WANDERLEY, M.B. **Metamorfoses do desenvolvimento de comunidade e suas relações com o serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

WEISSHEIMER, M.A. **Ranking da Anvisa aponta alimentos contaminados por agrotóxicos**. 07/12/2011.
<http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=19160>. Acesso em 29/10/2012.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

__. Promoção da saúde e a qualidade de vida. FERNANDEZ, J.C; MENDES, R. (orgs). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. (Série Saúde em Debate).

YASBEK, M.C.; SILVA, M.O. da S. Das origens à atualidade da profissão: a construção da Pós-Graduação em Serviço Social no Brasil. In: CARVALHO, D.B.B. de; SILVA, M.O.S. **Serviço Social, pós-graduação e produção de conhecimento no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.

__. O Serviço Social e os desafios contemporâneos. COSTA, G.M. C; SOUZA, R.M.de (orgs). **Curso de Serviço Social: 50 anos em Alagoas: educação, direito e emancipação humana**. Maceió: EDUFAL, 2008.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

1. Identificação

1.1. Referência bibliográfica

2. Caracterização

2.1. Tipo de Publicação (periódico ou anais)

2.2. Instituição do autor

2.3. Tipo de artigo (Ensaio, pesquisa de campo, relato/sistematização de experiência)

3. “Promoção da saúde”

3.1. Presença ou ausência da noção e/ou conceito de PS

3.2. Perspectiva de PS existente/subjacente ao texto

3.3. Referência ao debate internacional sobre a NPS

3.4. Identificação dos princípios da PS

3.4.1. Noção ou conceito de intersetorialidade

3.5. PS como transversal ou restrita à Atenção Primária

3.6. Referência à prevenção ou Educação em Saúde

3.7. Autores que referenciam debate sobre PS

4. Serviço social

4.1. Concepção sobre a profissão

4.2. Significado da contribuição da profissão para o SUS

4.3. Relação entre Serviço Social e PS

5. Outros

5.1. Síntese do Texto

5.2. Comentários da pesquisadora e destaques

APÊNDICE 2 - RELAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS

PROMOÇÃO DA SAÚDE [PS]

- PS 1 - FERNANDES, R.F. et al. Projeto promovendo saúde através de atividade física. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- PS 2 - ROSSI, B.C.F. et al. Repensando as estratégias de prevenção e promoção da saúde em DST's e HIV. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília:2010.
- PS 3 - RODRIGUES, A.V.; MAGALHÃES, N.C. Resiliência: um enfoque para a promoção da saúde do idoso. **Serviço Social e Sociedade** 93. São Paulo: Cortez, mar/2008.
- PS 4 - SANTOS, A.G.S.; GUIMARÃES, I.G. Reflexões sobre promoção da saúde do idoso nas conferências nacionais de saúde. XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: 2010.

TEXTOS GERAIS SOBRE SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE [G]

- G1 - SARRETA, F.O.; BERTANI, I.F. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011
- G2 - MARTINELLI, M.L. O Exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas v. 6 n. 6, Maio 2007.
- G3 - CHUPEL, C.P.; MIOTO, R.C.T. Acolhimento E Serviço Social: Contribuição Para A Discussão Das Ações Profissionais No Campo da saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.
- G4 - CAMARGO, M. A Reprodução Social da Saúde: referências ao processo de trabalho em Serviço Social em uma residência integrada em saúde. **Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 6 n. 1 p. 81-92. jan./jun. 2007.
- G5 - ALVES, F.L.; MIOTO, R.C.T.; GERBER, L.M.L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social & Saúde**, Campinas v. 6 n. 6 p. 1-170 Maio 2007.
- G6 - MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**. Revista do PPGPS/UNB, DSS. Brasília: v.11, nº25, 2009.
- G7 - UCHOA, R. Resultado da pesquisa Serviço Social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Temporalis 13**. São Luiz: ABEPSS, 2007.
- G8 - BRAVO, M.I. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis 13**. São Luiz: ABEPSS, 2007.

- G9 - KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.
- G10 - CASTRO, M.M.C. Serviço Social e Cuidado Em Saúde: Uma Articulação Necessária. **Libertas**, Juiz de Fora: v.6 e 7, n. 1 e 2, p.128 - 148, jan-dez 2006, jan-dez 2007.
- G11 - DUARTE, A.H.C. Princípios éticos e a atuação profissional do assistente social na área da saúde. **Libertas**, Juiz de Fora: v.10, n.2, p. 131 - 147, jul-dez 2010.
- G12 - MACHADO, G.S. O serviço social nas ONGs no campo da saúde: projetos societários em disputa. **Serviço Social e sociedade**, n. 102. São Paulo: Cortez, abr./jun. 2010.
- G13 - SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul.- set. 2010
- G14 - BEZERRA, S.O.; ARAÚJO, M;A.D. As (re) Configurações das Demandas Postas para o Serviço Social no Âmbito dos Serviços Públicos de Saúde. **O Social em Revista**. Volume 9 - Número 1, Jula/Dez 2006.
- G15 - MEDEIROS, F.I.A.et al. Atuação sócio-ocupacional do assistente social na área da saúde do município de Natal/RN. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. BRASÍLIA: 2010.
- G16 - SILVA, M.G. A intervenção profissional do assistente social na linha de fronteira: uma análise sobre a atenção as necessidades de saúde dos *brasiguaios*. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília:2010.
- G17 - SILVA, M.G.; MELO, F.F. Atuação profissional do assistente social em região de fronteira: cenário e particularidades. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília:2010.
- G18 - VIEIRA, M.C.B. O serviço social na área da saúde: uma reflexão sobre as estratégias de atuação profissional. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- G19 - AMADOR, J.R.O. A prática profissional nos espaços do plantão: Os desafios profissionais para efetivação de direitos. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- G20 - MEDEIROS, A.D.A. Serviço social e auditoria em serviços de saúde. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- G21 - ALVES, A.C.R.; SOUZA, A.I.S. Reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social, na realidade do hospital universitário de Juiz de Fora. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- G22 - ÁVILA, H.D.D. O controle social na saúde de salvador: limites, desafios e possibilidades da participação cidadã para o serviço social. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

- G23 - HELLMANN, R.B.; NOGUEIRA, V.M.R. Pensando o projeto ético-político do serviço social e a sua similaridade com o projeto de reforma sanitária. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- G24 - MELLO, A.M. et al. O serviço social na área da saúde. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- G25 - VASCONCELOS, A.M.V. et al. Prática na saúde e Sistema Único de Saúde – HU'S/RJ. Assistentes sociais e demais profissionais de saúde. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- G26 - RAVAGNANI, C.L.C.; OLIVEIRA, C.A.H.S. As políticas de educação e saúde na formação profissional do assistente social: pela integralidade da atenção. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- G27 - SILVA, I.P.; BATISTA N.A. A graduação de serviço social e a prática na área da saúde: o olhar do aluno. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE [RAPS]

- APS 1 - POLO, V C O; PASTOR, M. O Serviço Social na residência multiprofissional em saúde. **Serviço Social em Revista**. [online]. Universidade Estadual de Londrina, v. 9, n. 1, jul/dez. 2006. Disponível em <http://ssrevista.uel.br/c-v9n1_vania.htm>. Acesso em 24 maio 2008.
- APS 2 - ARBEX, L.M.D.; FREITAS, R.C. O assistente social na gerência de uma unidade básica: o acolhimento enquanto um desafio para a equipe. Relato de uma experiência. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 3 - HOFFMANN, E.; COUTO, B.R. O trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família na região da 6ª coordenadoria do estado do Rio Grande do Sul. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 4 - GONÇALVES, A.F.; JESUS, E.C.; FONTAINHA, S.A.S. Compreender para não se excluir: experiência do serviço social nas Unidades Básicas de Saúde no monitoramento das famílias nas condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 5 - SOUSA, M.Z. A contribuição do profissional assistente social nas equipes multiprofissionais das Unidades de Saúde da Família. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 6 - PEREIRA, A.F. et al interdisciplinaridade e serviço social: um estudo na unidade básica de Saúde da Família do bairro do Monte Castelo em Campina Grande/PB. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 7 - KRÜGER, T.R.; MOSCON, N.; FERNANDES, V.B. Serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. Anais do **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2012.

- APS 8 - LANZA, L.M.B.; CARVALHO, B.G.; SANTOS, E.R. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 16 - 25, jan.-jul. 2011.
- APS 9 - URBINI, A.L. et al. A inserção do serviço social na estratégia saúde da família através da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade – UFSCAR. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- APS 10 - MARTINI, D.; RIBEIRO, E.M. Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social. XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Juiz de Fora: 2007.
- APS 11 - ²⁴⁴VASCONCELOS, K.E.L. et al. Serviço Social e Estratégia Saúde da Família: contribuições ao debate. **Serviço Social e Sociedade**, nº 98, julho 2009.
- APS 12 - ²⁴⁵VASCONCELOS, K.E.L. et al. O “lugar” do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir da realidade de Campina Grande-PB. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- APS 13 - SILVEIRA, S.A.S.; SILVA, K.M.P.; BRAZ, M.C.S. A dimensão educativa do SS: uma análise da prática do AS na educação em saúde. **Temporalis**. Recife, ano 6, n.11, jan-jun 2006.
- APS 14 - RIBEIRO, R.S. O trabalho do assistente social e sua inserção no processo de trabalho em saúde: um olhar sobre a atenção primária e a estratégia saúde da família. **Libertas**, Juiz de Fora: v.8, n.1, p. 91 - 109, jan-jun 2008
- APS 15 - CARVALHO, R.N. Percursos e estratégias de busca a prática interdisciplinar: desafios para o Assistente Social na Estratégia Saúde da Família. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010
- APS 16 - CASTRO, MARINA MONTEIRO DE CASTRO E; LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.
- APS 17 - PROSENEWICZ, I. Desafios na atuação do serviço social na área da saúde. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

REDES SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA [RST]

- RST 1 - SIMÃO, Andréa Branco et al. A atuação do Serviço Social junto a pacientes terminais: breves considerações. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 352-364, abr./jun. 2010.
- RST 2 - REGIS, M.F.A. O Serviço Social e a área de gestão de pessoas: mediações sintonizadas com a Política Nacional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 482-496, jul.-set. 2011.

²⁴⁴ Excluído da análise por ser de nossa autoria.

²⁴⁵ Idem.

RST 3 - AMADOR, J.R.O. A prática do serviço social no plantão: limites e desafios para a efetivação de direitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 97, p. 482-496, jul./set. 2009.

RST 4 - OLIVAR, M.S.P.; VIDAL, D.L.D. O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais de emergência: notas para debate. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 92, p. 139-158, nov. 2007.

RST 5 - SANTOS, R.M. O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 85, p. 7-28, mar. 2006.

RST 6 - SEGER, A.C.B.P./ CALDART, P./ GROSSI, P.K. Desvelando a violência contra as crianças em um hospital universitário: desafios para o Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 118 - 131, jan.- jun. 2010.

RST 7 - VIDAL, M.L.C. Demanda reprimida: acesso aos serviços de saúde e serviço social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 94, p. 132-153, jul.-set. 2008.

RST 8 - KOHN, S.C. Serviço Social na unidade de emergência referenciada: espaço construído e legitimado. **Serviço Social & Saúde**. Campinas v.S n. 5 p. 1 - 218 maio 2006.

RST 9 - MASSON, G.A.; FRANÇOZO, M.F.C. A prática do serviço social em um programa de triagem auditiva neonatal. **Serviço Social e Realidade**, Franca, v. 17, n1, p.329-345, 2008.

RST 10 - NISHIMURA, L.D.L. O serviço social e o ambulatório de tabagismo. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

RST 11 - Bernadete Moreira. O serviço social na saúde – pontuações acerca dos referenciais que fundamentam a atuação no ambulatório universitário da Furb/Blumenau. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

RST 12 - DIAS, M.L.S.; LIMA, V.L.F. Controle social e serviço social: a experiência das assistentes sociais no Conselho Gestor da Unidade de Média Complexidade em Maceió-AL - 2005/2007. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

RST 13 - CERQUEIRA, J.L.; RIBEIRO, M.S.; ESPÍRITO SANTO, T.M. Serviço social na saúde: a experiência na policlínica do Coxipó em Cuiabá Mato Grosso. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília: 2010.

RST 14 - FARIA, B.V.; SOUZA, E.B. A participação do assistente social em um programa de obesidade mórbida e cirurgia bariátrica em um hospital geral terciário. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

RST 15 - ACOSTA, K.L.S. Atuação sócio-educativa do assistente social na formação de multiplicadores na captação de doadores de sangue. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

RST 16 - LINS, A.E.M. et al. O serviço social na comissão intra - hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes do hospital universitário Oswaldo Cruz em Pernambuco. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

- RST 17 - SANTOS, N.M.C. O espaço socio -ocupacional do assistente social no transplante cardíaco: procedimentos metodológicos da ação. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 18 - NEVES, L.S.P.; CRUZ, M.R. Análise do exercício profissional dos assistentes sociais do Instituto Nacional de Cardiologia em um contexto de disputa de projetos Antagônicos. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 19 - COSTA, C.M.V.; PEREIRA ,T.C.C.A. A atuação do serviço social na saúde cardiovascular: relato de experiência na perspectiva da garantia de direitos. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 20 - LOPES, E.S.J.; SARDINHA, J.S. Serviço social e cuidados paliativos em oncologia: a experiência do hospital câncer iv/inca. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 21 - NEVES, M.S. A atuação do assistente social com a pessoa com câncer-reflexões éticas. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 22 - RIBEIRO, F.F. et al. A atuação do serviço social na atenção oncológica: ações de busca ativa no âmbito ambulatorial. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 23 - TOJAL, A.L.S.; SILVA, M.G.B. O serviço social na ouvidoria do Samu Alagoas. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 24 - MARQUES, E.L.; OLIVEIRA, N.G. Residência em serviço social: um desafio para a capacitação continuada. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 25 - AMBROSIO, E.R.; ROCHA, M.C.; OLIVEIRA, V.D. Café científico: uma estratégia de ação voltada para a reorganização dos processos de trabalho do serviço social de uma instituição de grande porte. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 26 - FERES, E.M. et al. A comissão de assistentes sociais de uma instituição de saúde como estratégia de afirmação do projeto ético político profissional. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 27 - VIEIRA, M.S.; MARQUES, Leila Regina F.; Maria Bernadte Dabul. Morte materna e o trabalho do assistente social. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 28 - FERREIRA, R.S.; PALHETA, R.P. A prática profissional do assistente social no hospital e pronto socorro da criança zona oeste de Manaus. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 29 - MENDES, A.G. Uma proposta de intervenção crítica do serviço social no campo da saúde da criança e do adolescente vivendo com o HIV/AIDS. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.

- RST 30 - Marcia Carvalho, Sandra Batista da Silva. Projeto de acolhimento e humanização para acompanhantes: a inserção do serviço social de uma instituição federal de grande porte. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 31 - AMBROSIO, E.R. Sistematização do atendimento do serviço social ao paciente. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**., Juiz de Fora: 2007.
- RST 32 - CAPISTRANO, C. et al. Atuação do serviço social no Hospital Municipal Paulino Werneck. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 33 - NARCISO, A.M.S. et al. O serviço social na sala de espera do hospital universitário. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007
- RST 34 - MELO, F.F. Serviço social no hospital municipal de Foz do Iguaçu: desafios da ação profissional a partir das demandas da população fronteiriça. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 35 - OLIVEIRA ,V.C. O projeto ético-político do serviço social: Discussões acerca da materialização do Projeto Profissional no Hospital Estadual Albert Schweitzer. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- RST 36 - OLIVEIRA, N.G. Serviço social com grupos: uma experiência em uma equipe multidisciplinar. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.
- RST 37 - LINS, A.E.M.; BANDEIRA, K.M.; MENEZES, M.L. A construção do diagnóstico do serviço social em um hospital universitário. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**., Brasília: 2010.
- RST 38 - ESTALINO, E.S.; OLIVEIRA, A.C.M.; DIAS, S.M. Encontros com o serviço social: proposta de um trabalho coletivo. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

SAÚDE MENTAL [SM]

- SM 1 - COSTA, A.P.O. et al. Serviço social e saúde mental: uma análise da prática profissional no CAPS Liberdade 24H Dr. Wilson Rocha em Aracaju-SE. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Foz do Iguaçu, 2007.
- SM 2 - OLIVEIRA, J.A.; CARLOS, M.C.C. Saúde Mental no Brasil e seus rebatimentos para o serviço social: o paradigma da desinstitucionalização. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- SM 3 - CASTRO, M.S. et al. Produção monográfica sobre a prática do assistente social na saúde mental do Piauí. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- SM 4 - NICÉIA, E.T.P.; BRANCO, M.M.C. O serviço social no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: desafios e possibilidades na consolidação da Atenção Psicossocial. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.

- SM 5 - DUARTE, Ronaldo Alves. O CAPS como espaço sócio ocupacional do assistente social: desafios para um novo tempo. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. BRASÍLIA, 2010.
- SM 6 - ROSA, L.C.S. et al Inserção sócio ocupacional do assistente social em saúde mental no Piauí. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Foz do Iguaçu, 2007.
- SM 7 - TONETTO, V.T. Inserção do assistente social na saúde mental “pós Reforma Psiquiátrica”: possíveis particularidades e condicionantes do processo de trabalho neste campo. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Foz do Iguaçu, 2007.
- SM 8 - PESSOA, C.R. et al. A atuação do assistente social junto ao transtorno mental. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**.
- SM 9 - Brasília: 2010.
- SM 10 -QUEIROZ, V.D. C. Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.
- SM 11 -RODRIGUES, J.S. A prática do assistente social na área do álcool e outras drogas. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Foz do Iguaçu, 2007.
- SM 12 -MONTANHA, C.B. et al. O processo de trabalho do assistente social no serviço de atenção diária: em questão a rede social no campo da saúde mental. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora.
- SM 13 -GOMES, T.M.S. O trabalho do serviço social no campo da saúde mental na emergência de um hospital psiquiátrico no município do Rio de Janeiro. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**., Brasília: 2010.
- SM 14 -DUARTE, M.J.O. Campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social: apontamentos para o trabalho profissional. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. BRASÍLIA, 2010.
- SM 15 -MACHADO, G. S. O trabalho do Serviço Social nos CAPSs. **Textos & Contextos**. Porto Alegre v. 8 n.2 p. 241-254. jul./dez. 2009.
- SM 16 -PSCHISKY, C.O.M. Saúde mental indígena e serviço social: Sistematização da Prática Profissional. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010
- SM 17 -ROSA, L.C.S. Estágio em serviço social na saúde mental: desafios de ação universidade-serviço assistencial: uma experiência em CAPSI. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.17, n. 2, p.251-280, 2008 .
- SM 18 -PATRIOTA. L.M. et al. A saúde mental na formação do Curso de Serviço Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 55 - 65, jan./jun. 2010.
- SM 19 -ROBAÍNA, C.M.V. O trabalho do SS nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social e sociedade** n 102. São Paulo: Cortez, abr./jun. 2010.
- SM 20 -ROSA, L.C.S.; MELO, T.M.F.S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP, Campinas, v. VIIVIII, n. 78, Dez. 2009

SM 21 -GENTILLI, R.M.L. Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafios para o Serviço Social. **Ser Social**, Brasília: v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun. 2011

SM 22 - BREDOW, S.G.; DRAVANZ, G.M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago.-dez. 2010.

SAÚDE SUPLEMENTAR [SM]

SS 1 - VIEIRA, E.K.S as novas requisições do assistente social na saúde privada. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.

SS 2 - SOARES, J.C.; OLIVEIRA, I.M. O trabalho dos/das assistentes sociais em operadoras de planos privados de saúde: um estudo sobre demandas e atribuições. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

SAÚDE DO TRABALHADOR [ST]

ST 1 - Maria Cristina Jorge DE Carvalho. O serviço social na saúde do trabalhador - Uma experiência vivenciada no cotidiano de estágio em uma empresa estatal. **XIII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2010.

ST 2 - ROBAINA, C.M.V. O serviço social na saúde do trabalhador: entre a afirmação de direitos e a burocratização dos direitos instituídos. **XII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Juiz de Fora: 2007.

ST 3 - OLIVAR, M.S.P. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n102. Abr.- jun. 2010.

ST 4 - MENDES, J.M.R. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul.- set. 2011.

ST 5 - FREIRE ,L.M. B. Movimentos sociais e controle social em saúde do trabalhador: inflexões, dissensos e assessoria do Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 289-313, abr.- jun. 2010.

