

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Maria Cecília Tavares

**A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família
em Aracaju: os tempos de um movimento.**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO

2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Maria Cecília Tavares

**A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família
em Aracaju: os tempos de um movimento.**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Serviço Social, sob a orientação da Professora Doutora Regina Giffoni Marsiglia.

SÃO PAULO

2009

Para Antônio, André e Daniel,
Meus presentes divinos,
Com o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Ao professores do Departamento de Serviço Social da UFS, pela elaboração do Projeto de Qualificação Institucional – PQI que, através de convênio com a PUC/SP, possibilitou a realização desse doutorado. A todos, pelo incentivo constante para que essa realização fosse possível. Especialmente às professoras Lúcia Aranha e Maria da Conceição Vasconcelos (Lica), coordenadoras do PQI, que muito me estimularam nessa empreitada.

A Bosco e Elisa, funcionários do Departamento de Serviço Social da UFS, sempre tão atentos às solicitações feitas.

Aos diversos colegas e amigos da PUC, pelas acolhidas e discussões nas disciplinas, Seminários e Núcleos, com os quais partilho os acertos desse trabalho.

Aos funcionários e professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/SP, pela competência e seriedade, pelo olhar plural que exercitam e pelo profundo respeito às diferenças que nutrem.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde e Sociedade da PUC/SP, pela riqueza dos debates, pela experiência dos membros na Saúde. Profissionais dos mais diversos locais desse país que com suas experiências, questionamentos e inquietações reafirmaram o quão certo é esse caminho que trilhamos, o quão justa é a luta por um sistema de saúde realmente público, universal e equitativo, nesse país de tantas desigualdades.

A amiga Edvaneide Lima (Lulu), pela força e ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos amigos Vívian, Flora, Pedro, Rosangela e Rodrigo, Clarissa, Rose, Thaís e Jhonatã, pela generosidade em partilhar, tão carinhosamente, seus espaços.

A Fátima Fontes, pelo divã sempre aberto e pelos almoços acompanhados da gostosa “análise”, em São Paulo.

Ao amigo João Brasileiro, pela leitura atenta e sugestões valiosas.

Ao amigo Frederico Romão, pela ajuda para a “legalização” da minha relação com a Prefeitura de Aracaju, pela confiança e amizade.

Aos assistentes sociais da Secretaria de Saúde de Aracaju, pela disponibilidade em refletir sobre suas experiências e pelo incentivo para a realização da pesquisa.

Aos funcionários, colegas e amigos do Centro de Educação Permanente da Saúde de Aracaju, especialmente à Angela Leite e Maria José, pela viabilização para a coleta dos dados e pela confiança estabelecida.

A minha orientadora, a Professora Dra. Regina Giffoni Marsiglia, mulher forte, guerreira e referência nessa trajetória, pela competência e generosidade em compartilhar seu saber. Os méritos são todos dela e, os “pecados”, como diz Gilberto Gil, são todos meus.

A Henrique Garcez Filho, meu auxiliar de pesquisa, e a Simone Pereira Garcez, pela grande força.

A Merissa, Bianca, Júlia e Letícia, minha “família ampliada”, pelas ausências e dificuldades em entendê-las nesses momentos iniciais de nossa convivência.

Ao “anjo” Zeca Leite, representando toda a família “Leite”, que tão carinhosamente me acolheu.

Aos meus pais, Luiz (in memoriam) e Aliete, e aos irmãos, Luizete, Luciete, Luciano, Luiz, Maurício, Rita, Silvana e Maria, por vocês existirem na minha vida.

Ao meu amor e companheiro Antônio Leite e aos filhos, também amores, André e Daniel, pessoas tão especiais na minha vida. Sem vocês nada seria possível.

A Deus, por tudo.

*“Você perguntará por que cantamos
Cantamos porque o rio está soando
E quando soa o rio/ soa o rio
Cantamos porque o cruel não tem nome
Embora tenha nome seu destino
Cantamos pela infância e porque tudo
E porque algum futuro e porque o povo
Cantamos porque os sobreviventes
E nossos mortos querem que cantemos
Cantamos porque o grito só não basta
E já não basta o pranto nem a raiva
Cantamos porque cremos nessa gente
E porque venceremos a derrota
Cantamos porque o sol nos reconhece
E porque o campo cheira a primavera
E porque nesse talo e lá no fruto
Cada pergunta tem a sua resposta
Cantamos porque chove sobre o sulco
E somos militantes dessa vida
E porque não podemos nem queremos
Deixar que a canção se torne cinzas.”*

Mário Benedetti

SUMÁRIO

Lista de quadros	IX
Lista de Anexos	X
Lista de Abreviações e siglas	XI
 Resumo	 XIV
Summary	XV
 Introdução	 16
 Capítulo I. A Reforma Sanitária no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde e a implantação do PSF: um movimento, três tempos	 29
1.1. Reforma Sanitária no Brasil e a luta pela democratização da saúde	30
1.2. A criação do Sistema Único de Saúde – SUS	48
1.3. A criação do Programa Saúde da Família – PSF	62
 Capítulo II. Os tempos e os movimentos em uma “aldeia”: a Reforma Sanitária em Sergipe e as bases para a implantação do Programa Saúde da Família em Aracaju	 83
2.1. Breves pontos sobre a história de Sergipe e a organização dos trabalhadores	84
2.2. A Reforma Sanitária em Sergipe e os movimentos dos trabalhadores	119
 Capítulo III – Prorrogação do tempo: A inserção do assistente social no Programa Saúde da Família em Aracaju e a construção do fazer	 173
3.1. Alguns pontos sobre o Serviço Social na área da Saúde	174
3.2. A participação dos assistentes sociais nos movimentos dos profissionais da saúde e a relação com a inserção desses profissionais no PSF.....	187
3.3. A construção dos protocolos do Serviço Social: problematizando o fazer.....	213
 CONCLUSÕES	 225
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA.....	 232
 ANEXOS	 248

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Das Associações Mutuárias existentes em Sergipe a partir de 1871.....	90
Quadro 2 - Rede Pública de Saúde de Sergipe por tipo de estabelecimento/1988	147
Quadro 3 - Rede Pública Municipal de Aracaju por tipo de estabelecimento/1988	147
Quadro 4 - Rede Ambulatorial Pública em Aracaju – 1988	147
Quadro 5 - Linha de produção do cuidado	167
Quadro 6 – As redes Assistenciais de saúde no SUS Aracaju	168
Quadro 7 – Número e cobertura das equipes de saúde da família por ano	169
Quadro 8 - Produção dos Assistentes Sociais da Saúde na década de 1990	176

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de Catalogação de Documentos	248
Anexo 2 - Atribuições dos Assistentes Sociais nas Ações Programáticas no Programa de Saúde da Família	249

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC – Ação Católica
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais
CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME – Central de Medicamentos
CEPS – Centro de Educação Permanente da Saúde
CFSS – Conselho Federal de Serviço Social
CGT – Central Geral dos Trabalhadores
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIMS – Comissão Local e/ou Municipal de Saúde
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMP – Central dos Movimentos Populares
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASP – Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
CONCLAT – Congresso Nacional das Classes Trabalhadoras
COS – Centro Operário Sergipano
CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DCE – Diretório Central dos Estudantes
EC – Emenda Constitucional
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECEM – Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
ENCLAT – Encontro das Classes Trabalhadoras
ESF – Equipe de Saúde da Família

FETASE – Federação dos Trabalhadores da Agricultura de Sergipe
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
FMI – Fundo Monetário Internacional
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC – Instituto Nacional de Preço ao Consumidor
JOC – Juventude Operária Católica
JUC – Juventude Universitária Católica
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MCP – Movimento de Cultura Popular
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MEB – Movimento de Educação de Base
MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização
MOPS – Movimento Popular de Saúde
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MR8 – Movimento Revolucionário 8 de Outubro
MUT – Movimento Unificado dos Trabalhadores
NOAS/SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS
NOB/SUS – Norma Operacional Básica do SUS
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
PC do B – Partido Comunista do Brasil
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salário
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
POLOP – Política Operária
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSD – Partido Social Democrático
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SASSE – Sindicato dos Assistentes Sociais de Sergipe
SBH – Sociedade Brasileira de Higiene
SESP – Serviço de Saúde Pública
SILOS – Sistema Local de Saúde
SINDPREV – Sindicato dos Trabalhadores na Previdência
SINTASA – Sindicato dos Trabalhadores da Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SOMESE – Sociedade Médica de Sergipe
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TIG – Tempo Integral Geográfico
UDN – União Democrática Nacional
UNE – União Nacional dos Estudantes
UPC – Unidade de Produção do Cuidado
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF – Unidade de Saúde da Família

TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento.** São Paulo, 2009. Dissertação (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESUMO

A reflexão empreendida nesse estudo foca o olhar sobre o Programa Saúde da Família em Aracaju, enquanto política de Atenção Básica, a inserção dos assistentes sociais nesse programa e as mudanças ocorridas na política e nos processos de trabalho desses profissionais e nas evidências de mudança na produção do cuidado em saúde. Objetiva também apreender as condições que favoreceram ou restringiram a implantação do PSF em Aracaju e condicionaram os cenários descritos; refletir sobre a política de saúde que vem sendo construída nesse município, considerando as transformações requeridas pelo atual contexto de saúde, além de subsidiar o debate sobre a inclusão, enquanto política nacional, do assistente social nas Equipes de Saúde da Família e da condição do assistente social enquanto trabalhador da saúde. A pesquisa justificou-se pela necessidade de realizar estudos locais que revelem as particularidades sobre a forma como ocorre a inserção dos assistentes sociais no PSF em cada contexto específico, em cada projeto político local e os processos de trabalho neles delineados. A pesquisa, de natureza qualitativa, apresentou uma fase exploratória quando realizei entrevistas não estruturadas com profissionais da saúde que tiveram posição destacada nas lutas dos profissionais de saúde no nível local, nos anos 1980. Posteriormente realizei dez entrevistas orientadas por questões norteadoras, com profissionais diversos e oito assistentes sociais, um de cada região de Aracaju, na perspectiva da História Oral. Realizei ainda, pesquisa bibliográfica; pesquisa documental; bem como três oficinas com todas as assistentes sociais do PSF, quarenta profissionais. A análise e interpretação de todos esses dados permitiu constatar que a inserção do assistente social no PSF em Aracaju constituiu-se como um dos desdobramentos da participação dessa categoria profissional no Movimento pela Reforma Sanitária em Sergipe, pela construção do SUS. O processo de trabalho desses profissionais, com essa inserção, apresentou mudanças importantes, que devem ser analisadas nos contextos mais amplos da produção em saúde, dos processos aí operados.

Palavras Chave: Programa Saúde da família, Serviço Social, Processo de Trabalho.

TAVARES, Maria Cecília. **The insertion of the social worker in the Health of the Family Program in Aracaju: The times of a movement.** São Paulo, 2009. Dissertation (Doctorate Degree) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SUMMARY

The reflection in this study focuses on the Health of the Family Program in Aracaju, as a Basic Attention policy, the insertion of the social workers in that program, and the changes occurred in the policy and in the work processes of these professionals, and in the evidences of change in the production of the healthcare. It also intends to find the conditions that favored or restrained the implementation of the PSF in Aracaju and conditioned the described scenarios; to reflect about the health policy that is being built in that municipality, considering the transformations demanded by the present health context, beyond subsidizing the debate about the inclusion, as a national policy, of the social workers in the Family Health Teams and of the condition of the social workers as health workers. The research is justified by the need of carrying out local studies that reveal the particularities about the form of the insertion of the social workers in the PSF in each specific context, in each local political project and the work processes outlined in them. The research, of qualitative nature, take one exploratory stage when I done interviews not structured with professionals of healthcare they have distinctions positions of local quarrel of professional healthcare, in 1980. Subsequently I done ten interviews guidance with professionals and eight social services, of each place of Aracaju, oriented to Oral History; I done bibliographical research; documental research; and workshops with all the social workers of the PSF, forty professionals. The analysis and interpretation with all this facts let me realize. the insertion of these social workers in PSF in Aracaju establish like one oh those unfold participation of those professionals in the Movement for Sanitary Reform in Sergipe, by the construction of SUS. The work process of these professionals wilt this insert show important changes, that it should be analyzed in biggest the context of production in health, of the processes operated.

Key Words: Program Healthcare of the Family, Social Service, Work Process.

INTRODUÇÃO

Em estudo anterior, realizado durante o mestrado e intitulado “As Marés do PSF: os discursos cheios e as práticas vazantes”, que teve como objeto de estudo as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais do Programa Saúde da Família em Aracaju, procurei analisar as propostas de mudança de modelo assistencial em saúde e as experiências educativas que foram construídas a partir dos anos 1970, objetivando analisar as concepções de educação em saúde presentes nessas práticas. Tendo como interlocutores os profissionais de saúde que compõem as equipes do programa, abordei, a partir da análise das práticas educativas desenvolvidas, as possibilidades e limites de uma ação no setor saúde que estivesse orientada pelas necessidades de saúde da população, respeitando sua cultura e seu saber e apoiada em uma concepção de saúde como qualidade de vida.

Para viabilização daquela pesquisa, estruturou-se um estudo de caso, do tipo exploratório, realizado com uma equipe do PSF em Aracaju, composta por dez profissionais. Em Aracaju, no período em que a pesquisa foi iniciada, em 1998, existiam onze equipes de saúde da família, cada uma com um total de dez profissionais, nelas inseridos o assistente social e o odontólogo, contemplando reivindicação dessas duas categorias profissionais.

Naquela pesquisa, considerei que o SUS fora criado em um contexto de crise de resolutividade dos serviços, marcado pela exclusão de parcelas da população aos serviços de saúde, com a configuração de movimentos que propunham a alteração do modelo assistencial historicamente construído, com referência na doença, orientado por um olhar essencialmente biológico.

A proposta naquele momento, mas que ainda permanece atual, era que esse modelo incorporasse aspectos econômicos, políticos e culturais na leitura sobre os modos de adoecer e morrer de uma população e que, essencialmente, ampliasse a discussão sobre a promoção da saúde para além da doença.

Após a criação do SUS, o contexto de sua implementação foi marcado pela ofensiva neoliberal, pela adoção das teses do estado mínimo e pelo desmonte dos

direitos sociais conquistados pelos trabalhadores, inclusive o direito à saúde que, com a criação do SUS, objetivava-se garantir.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, lançou mão do Programa Saúde da Família, após algumas experiências localizadas consideradas exitosas, utilizando-se do argumento de que o mesmo constituiria uma importante estratégia para implementação do SUS, que contribuiria, por sua natureza e objetivos, para a mudança do modelo assistencial, especialmente na Atenção Básica.

Naquele estudo, parti do pressuposto de que “(...) a Atenção Primária em Saúde assume significados diferentes para os diversos sujeitos envolvidos na construção da política de saúde, resultando em práticas educativas também diferenciadas. Assim, questionava: “qual a proposta do PSF? Como ela estava sendo construída? Como seus agentes estavam se movimentando no espaço institucional? Qual a relação entre os sujeitos? Quais práticas estavam sendo desenvolvidas?”.

Com essa pesquisa constatee que:

- A aprovação e implementação do PSF em Aracaju, em 1998, revelaram-se um processo tenso, no qual parcelas dos conselheiros assumiram a defesa do PSF e outros, a sua recusa, tendo como ponto de convergência a preocupação com a resolutividade dos serviços. Houve muita resistência entre os conselheiros municipais de saúde em aprovar a implantação do PSF em Aracaju, o que pode revelar uma postura crítica em relação aos programas implementados pelo Ministério da Saúde, historicamente verticalizados, paralelos aos serviços e descolados da realidade da população, mesmo com os alertas sobre a autonomia dos municípios em adequá-los a cada realidade específica;

- A resistência dos conselheiros para a aprovação do PSF em Aracaju e a insistência dos gestores em aprová-lo fez com que esse processo fosse negociado e pactuado, o que fez com que esse programa, nesta cidade, fosse criado de forma não totalmente “engessada”, incorporando outros profissionais na equipe de saúde da família, como os dentistas e assistentes sociais, além do que preconizava o Ministério da Saúde;

- Os profissionais que compuseram as primeiras equipes, geralmente atraídos pela melhor remuneração que o programa oferecia, já eram da rede municipal, em

sua maioria especialistas, sem quase ou nenhum conhecimento acumulado sobre saúde pública ou medicina de família. Com essa inserção, os profissionais foram requisitados para uma nova ação que, geralmente, não é sustentada pela formação profissional, esta ainda com enfoque clínico e um fazer “de consultório”. Dessa forma, a implementação do PSF demandava um processo contínuo de capacitação dos profissionais e construção de outra forma de fazer saúde, o que inicialmente ocorreu de forma muito tímida e ainda referenciada aos programas federais e à doença;

- Para a efetiva ação no território e uma assistência integral, como se propunha, tornava-se fundamental o reordenamento da rede de saúde, estabelecendo-se a referência e contra-referência, o que, no período analisado (1998-2000), muito pouco ocorreu;

- As práticas denominadas educativas geralmente não constituíam objeto de discussão de toda a equipe, ocorriam de forma paralela e sem vinculação efetiva com a ação de todos os profissionais e com o cotidiano dos serviços. Geralmente denominava-se como educação em saúde as palestras que ocorriam na sala de espera, com temas escolhidos geralmente pelos assistentes sociais e enfermeiros, além daquelas realizadas com os grupos organizados como os diabéticos e hipertensos;

As observações pontuais e parciais, nessa pesquisa, sobre a inserção do assistente social no PSF em Aracaju, vez que não constituía objetivo principal do trabalho e o programa encontrava-se em fase de implantação, apontavam a necessidade de continuar pesquisando sobre essa experiência.

Ao iniciar o doutorado, objetivava estudar o processo de implementação do SUS em Aracaju, através dos conselheiros locais de saúde, que seriam os sujeitos da pesquisa. Essa era uma proposta ainda muito imprecisa, mas a necessidade de analisar o SUS a partir das falas dos sujeitos que estavam mais próximos aos serviços, que não são representados somente por trabalhadores ou representantes da gestão, era fruto das minhas experiências como assistente social do serviço e pela pequena aproximação com os movimentos sociais. Ademais, durante a dissertação do mestrado analisei a implementação do PSF em Aracaju somente a partir da visão dos trabalhadores, de uma equipe de saúde e dos discursos dos gestores. Sentia então a lacuna de ouvir as vozes de outros sujeitos, o que pretendia

fazer no doutorado, ouvindo os conselheiros locais de saúde. Mas a dinâmica possibilitou outros olhares e caminhos, outros fatos provocaram a reflexão sobre o projeto de pesquisa.

No período de 17 a 18 de Outubro de 2005, participei do Seminário “Diretrizes Curriculares para a Formação de Profissionais de Saúde: o Serviço Social na Saúde”, momento em que se discutiu a formação do Serviço Social à luz das Diretrizes Curriculares, organizado pelo Núcleo de Saúde e Sociedade do Programa de Estudos Pós-Graduados da PUC/SP, Núcleo Qualidade de Vida e Saúde da Faculdade de Serviço Social da PUC/SP e ABEPSS- Sul II. Nesse evento, as discussões sobre a formação profissional e a inserção do assistente social na área da saúde provocaram a necessidade de refletir melhor sobre a experiência do Serviço Social no PSF em Aracaju. Percebi que tínhamos um acúmulo de experiência que necessitava ser refletido e sistematizado com mais cuidado e atenção.

O desafio tornou-se assim, analisar como vem ocorrendo o processo de implementação do PSF e estruturação da rede de atenção básica em Aracaju, tendo como referência central os princípios do SUS, tais quais formulados pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Do ponto de vista das mudanças ocorridas nos processos de trabalho, pensar quais foram essas mudanças e se, com elas, têm-se garantido a mudança de paradigma sobre o trabalho em saúde, em sua concepção. Olhar os processos de trabalho, as mudanças nele ocorridas a partir do foco na inserção e no fazer dos assistentes sociais no PSF.

Assim, “dar voz” aos assistentes sociais e analisar como ocorreu a inserção desses profissionais no PSF em Aracaju partiu da necessidade de olhar para uma experiência apontada como “bem sucedida”, no que se refere à incorporação desses profissionais nas equipes de saúde da família, mas que, diferentemente dos odontólogos, não conseguiram garantir, até o momento, essa inserção enquanto política nacional.

Outro desafio é refletir sobre esse processo, esse movimento potencializador, mas também perceber suas contradições e limites, com o objetivo de problematizar se a inserção do profissional em Aracaju tem contribuído com o coletivo nacional dos assistentes sociais no sentido de fundamentar a discussão sobre a inserção desse profissional no programa em nível nacional, enquanto política assumida pelo

Ministério da Saúde, se ela tem permitido garantir um processo de ampliação da ação em Aracaju, consolidando esse locus de atuação e constituindo-se uma base legal para ampliação dessa experiência em todo o país.

Estruturei o argumento para pesquisar sobre processos de trabalho na saúde ao olhar para a trajetória histórica do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que, nos anos 1980, assumiu a concepção de saúde como resultante das condições de vida e incorporou nela outras dimensões além do biológico, e conquistando em 1988 a criação do SUS e a criação do Programa Saúde da Família, formulado como estratégia para a implementação desse sistema, para a estruturação da atenção básica e como uma ferramenta importante para garantir a ampliação dos serviços de promoção à saúde e, portanto, uma assistência ampliada.

Para promover todas essas mudanças colocava-se como imperiosa, ainda, a necessidade de uma outra organização dos processos de trabalho. Assim, considerando que a implantação do PSF, propõe uma nova organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, uma vez que, segundo a proposta colocada pelo Ministério da Saúde, o programa funcionaria como potencializador dessas mudanças, capaz de modificar o modelo de atenção. Desta forma, refletir sobre os processos de trabalho na Atenção Básica, implica em, mais uma vez focar o olhar no PSF, a partir de outros ângulos, uma vez que “(...) olha-se o objeto com a luminosidade que já existe, o objeto já é conhecido, mas precisamos saber quais instrumentos vamos usar para torná-lo mais claro para todos”. (SILVA FILHO, 2001, p. 17)

A reflexão empreendida nesse estudo, então, retoma a análise do Programa Saúde da Família em Aracaju, enquanto política de Atenção Básica, a inserção dos assistentes sociais nesse programa e as mudanças operadas nos processos de trabalho.

A partir dessa análise, defino como objetivos específicos: apreender, numa perspectiva histórico-social, as condições que favoreceram ou restringiram a implantação do PSF e condicionaram os cenários descritos; refletir sobre a política de saúde que vem sendo construída em Aracaju considerando as transformações requeridas pelo atual contexto de saúde, além de subsidiar o debate sobre a inclusão, enquanto política nacional, do assistente social nas equipes de saúde da família e da condição do assistente social enquanto trabalhador da saúde.

O Universo da Pesquisa:

O universo da pesquisa foi constituído por dois grupos:

- os profissionais da saúde que participaram do Movimento pela Reforma Sanitária em Sergipe e do movimento dos assistentes sociais nos anos 1980;
- pelos assistentes sociais que trabalham no PSF em Aracaju, um quantitativo de 40 (quarenta profissionais).

Os sujeitos escolhidos, no primeiro grupo, para obter uma amostra plural, composta por diversas categorias profissionais, foram recortados pela técnica de busca em cascata, que é um método “[...] diferente do processo de *bola de neve* [ou *snowball*] , pois busca um objetivo específico [no caso aqui, categorias profissionais diferenciadas]. No procedimento de *bola de neve* o objetivo é apenas ir ampliando o universo de entrevistados”. (ROMÃO, 2006, p. 41).

Iniciei conversando com diversos profissionais, para tentar identificar esses atores e, entre eles, um nome foi citado por todos. Comecei, com esse profissional, as entrevistas e, a partir daí, a cada entrevista, solicitava a identificação de outros atores. Assim, fui definindo os demais sujeitos, totalizando 10 (dez) entrevistados, sendo: 03 (três) médicos; 01 (um) enfermeiro; 01 (um) odontólogo; 05 (cinco) assistentes sociais.

O interessante aqui é que, mesmo com o objetivo de compor a amostra com categorias diferenciadas, ao apresentar para os entrevistados os objetivos da pesquisa, a indicação geralmente era de assistentes sociais. Tal dado já ia, por sua vez, confirmando a participação dos assistentes sociais nesses movimentos. Quando as informações começaram a se repetir, a busca foi interrompida.

As entrevistas foram todas realizadas nos locais de trabalho, agendadas anteriormente via e-mail ou contato telefônico e cada uma durou em torno de 2 (duas) horas .

Para realização das entrevistas, que foram semi-estruturadas, utilizei questões norteadoras que disparavam as conversas. Elas focavam: período de inserção nos movimentos, objetivos das mobilizações, nível de participação dos profissionais, articulação com os outros movimentos, mudanças verificadas no

espaço institucional, e foram realizadas com o uso do gravador. Após a transcrição, ela era enviada ao entrevistado que, depois da leitura, autorizava o uso das informações.

Foi solicitado, pela maioria expressiva desses sujeitos, que os seus nomes não fossem revelados, nem o uso das informações permitisse a identificação da fonte, o que foi pactuado.

Para a escolha da amostra do segundo grupo, os assistentes sociais do PSF, utilizei o critério de entrevistar um profissional de cada região, compondo um total de 08 (oito) profissionais, assim escolhidos: 4 (quatro) profissionais com o maior número de equipes e 04 (quatro) profissionais com o menor número de equipes. O critério de seleção da amostra por número de equipes é que pressuponho que esse quantitativo interfere no papel e nas atividades práticas que o assistente social desempenha no PSF. Os contatos foram mantidos, segundo esse critério, e as entrevistas foram realizadas no prédio do CEPS, com 07 (sete) profissionais e, 01 (uma) na Unidade de Saúde.

Também aqui para realização das entrevistas, que foram semi-estruturadas, utilizei questões norteadoras que disparavam as conversas. Foram realizadas com o uso do gravador, com o mesmo procedimento do grupo anterior.

Durante o segundo semestre de 2007, fui convidada pela coordenação do CEPS para coordenar uma oficina com todas as assistentes sociais do PSF objetivando discutir a instrumentalização na ação dos assistentes sociais na saúde, o que vislumbrei como mais uma oportunidade para a coleta de dados. Assim, em acordo com a coordenação e com os assistentes sociais sobre a possibilidade de uso daquelas informações na pesquisa, realizei, durante 03 (três) semanas, as oficinas, quando pude discutir com todos os 40 (quarenta) assistentes sociais, ou seja, com todo o universo, sobre os processos de trabalho.

Durante as entrevistas e mesmo durante a realização das oficinas, exercitei esforço de distanciamento das questões abordadas, considerando que fui presidente do Sindicato dos Assistentes Sociais na segunda metade da década de 1980 e, nesse mesmo período, ingressei na Secretaria de Saúde de Aracaju. Especialmente durante a realização da oficina, o receio da “intimidade” do olhar não permitir o distanciamento necessário para a análise das questões, sem interferência subjetiva

total, pressuponho que ela existe sempre, era constante. Por outro lado, essa intimidade permitia a cumplicidade com as assistentes sociais de “estar do mesmo” lado e de ter acesso a algumas informações que a entrevista não permitiu conseguir captar

A Metodologia da Pesquisa:

O estudo, assim, caracteriza-se como de abordagem qualitativa, e de natureza exploratória e descritiva, tomando como pressuposto que

[...] a legitimidade desse método e a sua capacidade de apreender o real estão hoje devidamente estabelecidos. A dicotomia pesquisa qualitativa ou quantitativa foi superada na atualidade. A noção de superioridade ou inferioridade desse ou daquele método é compreensão ultrapassada. (King, Keohane e Verba, 1994, apud ROMÃO, 2006, p. 28)

Para aproximação com a realidade, utilizei o recurso da História Oral, geralmente utilizada em pesquisas históricas, como forma de valorização da memória e lembranças de quem viveu os fatos e processos.

Essa opção metodológica deveu-se ao fato da pesquisadora desconhecer, ou não ter tido acesso, a nenhuma sistematização sobre a Reforma Sanitária em Sergipe, constituindo, essa, a única forma de reconstrução desse movimento e também como forma de perceber a importância desse movimento para os sujeitos que dela participaram, através de seus relatos orais. Essa opção permitiu a riqueza da leitura, apesar dos alertas sobre o poder da valoração, pelos sujeitos, dos fatos narrados, considerando que a História Oral:

[...] é uma metodologia qualitativa de pesquisa, adequada ao conhecimento do tempo presente; permite conhecer a realidade passada e presente, pela experiência e pela voz daqueles que a viveram. Não se resume a uma simples técnica, incluindo também uma postura, na medida em que seu objetivo não se limita à ampliação de conhecimentos e informações, mas visa conhecer a versão dos agentes. Permite conhecer diferentes versões sobre um mesmo período ou fato, versões estas marcadas pela posição social daqueles que os viveram e narraram (LANG, 2000, p. 124).

Mesmo diante dos alertas sobre os “limites” dessa metodologia, fato incontestado é que seu uso tem sido cada vez mais utilizado, especialmente pelos pesquisadores das ciências sociais e humanas, considerando que, geralmente, o objetivo dessas pesquisas não busca atingir a uniformidade absoluta, nem “(...) a padronização dos relatos, mas a riqueza que cada entrevistado tem a contar – riqueza que não se traduz na extensão das falas, mas às vezes na citação de um fato desconhecido, na descrição de um fato corriqueiro”. (DEMARTINI, 1992, p.47)

Assim que, ao buscar reconstruir a história do Movimento pela Reforma Sanitária em Sergipe, através dos relatos de seus sujeitos, percebia o brilho no olhar, a emoção ao falar de momentos protagonizados, vividos, a tristeza ao relembrar das decepções ou lutas políticas consideradas perdidas, e, sobremaneira, o imenso orgulho de ter contribuído com a luta pelo direito à saúde.

Especialmente na pesquisa qualitativa, qualquer recurso metodológico, não só a História Oral, deve ser utilizado com rigoroso trabalho, crítica e interpretação. Assim, saber buscar os fatos relevantes ao trabalho de forma correta e assumir uma postura ética e de respeito aos fatos narrados, de fidedignidade a eles, são questões fundamentais que o pesquisador deve incorporar à sua postura, considerando que as pesquisas qualitativas

[...] demandam necessariamente o contato direto com os sujeitos, pois se queremos conhecer a experiência social, modos de vida, temos que conhecer as pessoas, sem desvinculá-las, evidentemente, de seu contexto e lembrando sempre que a metodologia da pesquisa é extensão de nosso projeto político. (MARTINELLI, 2004, p.01)

A reconstrução do movimento pelo direito à saúde em Sergipe permitiu, assim, o encontro com esses sujeitos, (re)descobrimos o contexto sócio-histórico no qual eles se inseriam e se movimentavam, por meio de depoimentos sobre os ganhos e perdas, ampliando com outros sujeitos que tiveram também importância nessa história, indicados por eles, cujos critérios eles mesmos estabeleceram.

O que percebi, nesse aspecto, é que ao indicar outros sujeitos, a indicação era fundamentada, pela coragem do enfrentamento, pela firmeza das posições, o

que, para uma geração que acabara de sair de um período autoritário, repressivo, esses eram valores importantes. Como afirma Bourguignon (2005, p. 04):

A aproximação ao sujeito que participa de nossas pesquisas se faz através da busca, da compreensão da sua experiência, do conhecimento gerado a partir dessa experiência e da sua vivência cotidiana, que tomados em relação ao nosso objeto de estudo, compõe um dos elementos a serem apreendidos na sua relação com as múltiplas determinações de natureza econômica, social, política e cultural.

Para todos os entrevistados explicitava os objetivos da entrevista, como ocorreria a transcrição dos dados, realizada pela própria pesquisadora, e que eles teriam acesso às informações antes do uso, o que ocorreria somente se elas correspondessem ao dito, ao verbalizado. O uso do gravador se deu em concordância com todos os sujeitos entrevistados e os seus nomes estão plenamente resguardados.

Além das entrevistas para a configuração dessa história, o que permitiu ainda o cruzamento das informações, utilizei pesquisa em dois grandes jornais de circulação local, Jornal de Sergipe e Gazeta de Sergipe, em todos os exemplares, no período de 1975 ao ano 2000, existentes no Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe. Desses jornais retirei todas as informações publicadas sobre os movimentos dos trabalhadores da saúde e a reforma sanitária, constituindo importantíssimo banco de dados, especialmente se considerarmos que as Instituições não preservam a sua história, “não têm memória”. Documentos importantes foram perdidos, como os relatórios das conferências estaduais e municipais de saúde, dentre tantos outros.

Utilizei, assim fontes primárias e secundárias. Como fontes primárias utilizei as entrevistas, os jornais, documentos institucionais e documentos produzidos pelos profissionais. Como fontes secundárias utilizei monografias, teses, dissertações, artigos e livros.

A coleta de dados foi de natureza qualitativa. Ao iniciar com o contexto histórico do movimento pela reforma sanitária brasileira, os processos de construção do SUS e do PSF, busquei apreender as diversas dimensões do fenômeno

estudado, levantando também dados quantitativos que o caracterizam e que permitiam maior aproximação com o objeto de estudo.

Com os dados coletados na pesquisa bibliográfica e documental, a fase compreensiva e explicativa do contexto pesquisado foi se delineando em todo o trabalho, a partir do II Capítulo, por meio de análise de conteúdo que pressupõe “o domínio de conceitos básicos das teorias que, conforme nossas hipóteses [e pressupostos] estariam alimentando o conteúdo das mensagens. (TRIVINOS, 1987, p. 160-161)

Para o procedimento da análise de conteúdo percorri três fases:

- Pré-análise: com uma leitura atenta sobre o material coletado, objetivando compreender a realidade estudada e selecionando o que pode melhor “desvendá-la”. Recorri aos vários autores que refletem e sistematizam o tema, e no seu entorno, objetivando delimitar o quadro teórico que escolho como referência para o tema estudado, com o fichamento de obras de diversos autores;
- Estudo mais aprofundado, orientado pelos referenciais teóricos utilizados, objetivando construir a linha de análise no trabalho;
- A interpretação dos dados obtidos para, numa perspectiva teórico/histórica, identificar as determinações do fenômeno estudado. Nesse momento recorri à análise de conjuntura, que possibilitou uma descrição e leitura crítica do processo que conforma, ainda, o objeto.

Assim, após a coleta dos dados, realizei minuciosa análise, com diversas leituras das narrativas construídas, organizadas de acordo com as categorias analíticas construídas com essas finalidades.

Esse material, após a catalogação, de acordo com as categorias analíticas, foi analisado à luz do referencial teórico e análise documental, reconstruindo a teia histórica apresentada pelas falas dos sujeitos entrevistados, o que permitiu a formatação da tese e sua estruturação em 3 (três) capítulos.

O Capítulo I foi composto pelo material obtido na revisão bibliográfica sobre o PSF, priorizando a discussão de seus principais conceitos e marcos teóricos, bem como sua evolução histórica, a partir das idéias originais da medicina familiar e comunitária. Nele, insiro a análise do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil,

da luta para a construção do SUS, para a garantia do direito à saúde e o PSF, construído no início dos anos 1990, como estratégia para implementação dos princípios e diretrizes desse sistema, anunciando mudanças significativas nos processos de trabalho.

O referencial teórico, além das fontes históricas, que dá sustentação à análise empreendida nesse capítulo, e para toda a tese, identifica em Gramsci e na sua análise sobre Estado, a concepção ampliada de Estado, na qual encontro os elementos para a leitura crítica das políticas sociais, do SUS e do PSF e a questão da participação na gestão da política de saúde.

O Capítulo II reconstrói, o processo histórico da Reforma Sanitária em Sergipe e a criação do PSF em Aracaju. Esse capítulo também se caracteriza como teórico-histórico, construído através de análise bibliográfica e de documentos oficiais, além da realização de entrevistas abertas e semi-estruturadas, com atores-chave desse processo, quando fiz essa reconstrução através da metodologia da História Oral. Para tanto, utilizei também como recurso de coleta de dados, a pesquisa em dois grandes jornais de circulação em Sergipe, durante o período 1975-2000, a partir do qual cruzei as publicações sobre esses aspectos com as falas dos sujeitos da pesquisa.

O Capítulo III faz o resgate histórico da estruturação do Serviço Social no setor da Saúde no Brasil e em Aracaju, delineando como essa profissão foi se estruturando e consolidando esse campo como espaço privilegiado de ação do assistente social. No nível local, a reconstrução histórica, ainda, articula a participação dos assistentes sociais no movimento dos trabalhadores da saúde e da Reforma Sanitária, à conquista da inserção no PSF.

A análise desse programa no nível local, a partir da conformação que foi assumindo, de acordo com a dinâmica dos processos e da correlação de forças estabelecida, objetiva apreender as mudanças concretas operadas nos processos de trabalho, com foco nos fazeres dos assistentes sociais.

A análise dessas categorias fundamenta-se nas leituras de Karl Marx sobre trabalho e processo de trabalho; além da análise delas especificamente no campo da saúde, baseada especialmente nos estudos de Mendes-Gonçalves, Laurell e Noriega, Peduzzi, Merhy, Franco e Campos.

Nas conclusões empreendo, através de abordagem analítica dos dados concretos anteriormente apresentados, reflexão sobre as principais idéias apresentadas nesta tese, aos processos que caracterizam e dão forma ao PSF e os processos de trabalho nele construídos.

CAPÍTULO I. A REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL, A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A IMPLANTAÇÃO DO PSF: UM MOVIMENTO, TRÊS TEMPOS.

Ao analisar a literatura existente sobre a historiografia da política de saúde no Brasil, percebo que é vasta a literatura sobre a Reforma Sanitária Brasileira e sobre o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde.

Vários autores, entre eles Mendes (1994), Campos (1992, 2003 e 2006), Paim (1993), Neto (1994) e Moraes (1997), entre tantos outros, abordam esse tema, com enfoques diferentes, para mostrar como historicamente a política de saúde em nosso país foi sendo construída, qual o tipo de assistência prestada à saúde da população brasileira, como os trabalhadores da saúde e os movimentos sociais conquistaram as mudanças no setor saúde nas décadas de 1970 e 1980, os modelos assistenciais que foram construídos/desconstruídos, as mudanças ocorridas nas práticas dos profissionais, os impactos provocados no espaço institucional e o arcabouço jurídico conquistado na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde.

No entanto, apesar de tão vasta literatura, constato que a produção sobre esse tema entre os assistentes sociais é ainda pequena, e restrita aos que atuam na área da saúde (BARROS, 2003), mesmo sendo crescente a apresentação de trabalhos nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais/CBAS, por profissionais que atuam nessa área, em processo de reflexão sobre a intervenção.

Assim, retomo aqui esse tema com o propósito de perceber como e em que medida esse movimento refletiu na criação do Programa Saúde da Família (PSF) nos anos 90, apresentado como estratégia para a mudança do modelo assistencial capaz de reorganizar a Atenção Básica (BARROS, 2003) e como potencializador de mudança das práticas dos profissionais da área.

1.1. Reforma Sanitária¹ no Brasil e a luta pela democratização da Saúde

Do início da década de 1970 até a conjuntura atual, o setor saúde no Brasil vem sofrendo mudanças significativas, como as experiências de descentralização, municipalização e a marca da participação, a criação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PAC's e do Programa Saúde da Família – PSF, ambos ocorridos no início dos anos 90.

Essas mudanças têm origem nas discussões iniciadas na década de 1970 sobre a forma e direcionamento que a política pública de saúde assumiu, ocorrida entre os profissionais, gestores e movimentos sociais, indicando a necessidade de superação do modelo assistencial hegemônico assentado na assistência médica individual privatista e nos princípios do Relatório Flexner, relatório este que teve como desdobramento importante uma forma de olhar o setor saúde e organizar a assistência prestada à população centrada nas ciências biológicas e na forma como as doenças eram transmitidas.

(...) o modelo assistencial de saúde no Brasil, ao longo das décadas de 40 a 80, desenvolveu-se hegemonicamente baseado no modelo flexneriano: privilegiando uma medicina de alto custo, curativa e verticalizada, não incorporando dimensões sócio-econômicas e culturais na explicação do processo saúde/doença e organização dos serviços de saúde. (Barros, 2003, p. 45).

No Brasil, a operacionalização desses princípios assumiu algumas características particulares e se consolidou na conjuntura do pós 1930, com as experiências centralizadoras e privatizantes desenvolvidas a partir de então (HEIMANN, 2000), em um contexto de reestruturação produtiva, pós crise capitalista

¹ “O termo ‘Reforma Sanitária’ foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde”.(Disponível em <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br>, em 31/10/2006).

com o estabelecimento de uma nova ordem, a partir de quando a questão social² foi colocada para a sociedade como um todo, contexto esse que apresenta, ainda, como “(...) indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.” (BRAVO, 2000, p. 105)

Para clarificar melhor os caminhos que a política de saúde percorreu a partir de então para atender a nova ordem estabelecida e às exigências do modo de desenvolvimento capitalista em nosso país (BRAGA & PAULA, 1981), é importante ressaltar os objetivos e limites da política social que, emergente nesse período, oferecia alguns direitos aos que participavam legalmente do processo produtivo, ou seja, àqueles que estavam inseridos no mercado formal de trabalho, segundo a concepção e formatação do seguro social, que oferecia proteção e assistência somente aos que contribuía, deixando excluída do seu alcance uma parcela imensa da população brasileira, como era o caso dos trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos, além da própria mão-de-obra desempregada.

Fato que simbolizou essa política foi a criação, em 1932, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, durante o Governo Vargas.

A criação desses Institutos objetivava, inicialmente, tão somente oferecer assistência previdenciária à população inserida no mercado formal de trabalho. No entanto, a Previdência Social brasileira ofereceu também assistência médica, desenhando um formato de política de saúde que beneficiou especialmente essa parcela da população. Assim, os que contribuía com a Previdência Social tinham o acesso garantido e, aos excluídos do mercado formal de trabalho e desempregados, restava a assistência oferecida pela pequena e precária rede pública de assistência e serviços filantrópicos.

Essa forma de inserção da política social brasileira configurou o que Santos (1979) denominou de “cidadania regulada”, conceito esse que, implícito na prática

² Segundo Iamamoto (2002, p. 26), “a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho -, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos. [...] A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização”. (p. 26).

política do novo governo, englobava como cidadão os indivíduos que se encontravam nas ocupações regulamentadas por lei.

Nesse processo, a política nacional de saúde reforçou e consolidou a condição dessa cidadania, com um modelo de assistência que permitia ainda, a canalização dos recursos públicos para o setor privado, com a criação de diversos mecanismos que viabilizavam esse repasse, como a compra de serviços médico-hospitalares, pelo setor público do setor privado (MORAES, 1997).

Esses mecanismos foram viabilizados, além das motivações políticas e ideológicas, com a forma de estruturação da política de saúde que, a partir de 1930, esteve organizada nos subsetores de saúde pública e da medicina previdenciária. Apesar dos limites encontrados, o subsetor da saúde pública foi hegemônico até a década de 1960, e, a partir daí, no contexto da nova conjuntura imposta pelo golpe militar, a medicina previdenciária se consolidou como modelo de atenção. A partir de então, a política de saúde assumiu a sua face essencialmente mercantilista (BRAGA & PAULA, 1981), fazendo crescer os problemas de saúde da população na proporção em que crescia o acúmulo de capital.

O Golpe Militar de 1964 submeteu o Brasil à ditadura militar que administrou o país através de um regime de exceção, que durou até 1985, e objetivou, primordialmente, afastar a classe operária da cena política.

Durante esse período, a imposição de um estado de exceção com a ruptura dos direitos civis da população e uma ditadura militar com o alinhamento político-econômico sob tutela e proteção dos Estados Unidos da América, era primordial para a modernização do Brasil (Arquidiocese de São Paulo, Brasil Nunca Mais, 1985).

Assim, o governo militar que se transformou numa sucessão de atos institucionais, construções de grandes obras e uma modernização que rompia com a proposta nacionalista em curso até então, chegou, ao seu final, com uma hiperinflação e dependência, cada vez maior, do país do capital externo.

A ruptura de abril de 1964 resultou no arquivamento das propostas nacionalistas de desenvolvimento através das Reformas de Base. A partir daí, foi implantado um modelo econômico que, alterado periodicamente em questões de importância secundária, revelou uma essência que pode ser resumida em duas frases: concentração da

renda e desnacionalização da economia. (Arquidiocese de São Paulo, Brasil Nunca Mais, 1985, p. 60)

Articulados aos aspectos econômicos que impulsionaram o golpe de abril de 1964, os aspectos políticos que marcavam a conjuntura pré-golpista, como a efervescência social, a busca dos movimentos sociais pela ampliação do espaço público para expressão da “fala” dos movimentos sociais do campo e da cidade também constituíam aspectos que dissoavam do projeto político dos mentores do golpe.

A ditadura militar de 64 significou uma brutal anulação da *fala*, que só voltaria a se manifestar de forma mais pronunciada quase vinte anos depois. O golpe foi a forma encontrada pela burguesia para recompor um novo bloco no poder. Apesar de não existir antes de 64 uma situação pré-revolucionária, existia uma situação potencialmente pré-revolucionária. À incapacidade histórica da burguesia de realizar sua hegemonia se somou um crescente movimento de massas. No campo a expressão maior desse movimento era as Ligas Camponesas, que segundo Oliveira (1999), não podem ser medidas por sua capacidade de travar a luta armada com o latifúndio, mas porque ‘deram a fala, o discurso, capaz de reivindicar a reforma agrária e des-subordinar o campesinato, após longos séculos, da posição de mero apêndice da velha classe dominante latifundiária’. Já nas cidades o movimento de massas se organiza e mobiliza em torno das Reformas de Base. (ROMAO, 2006, p.103)

O crescimento do autoritarismo e das arbitrariedades cometidas pelos políticos e militares a seu serviço configuravam um cotidiano perverso para qualquer iniciativa de contestação à ordem então instituída, e os protestos gerados foram reprimidos com violência, anunciando, à medida que os anos passavam, o endurecimento do regime.

Os partidos políticos de oposição, especialmente os partidos comunistas, como o PCB e o PC do B, foram duramente perseguidos e seus principais militantes foram presos e torturados, resultando em vários “desaparecimentos”, alguns nunca explicados.

Por outro lado, a proposta de modernização apresentada pelo regime não significou uma ruptura com as estruturas de mando e poder já estabelecidas. Assim, o coronelismo, os grandes latifúndios e as oligarquias foram incorporados ao poder garantido pela ditadura, revelando uma índole concentradora e excludente do modelo econômico que

(...) pode ser aferida a partir de diversos indicadores: política salarial, política tributária, política fundiária, política de investimentos, etc. (...) Para a aplicação desse modelo econômico, foi necessário alterar a estrutura jurídica do país, reforçar o aparato de repressão e controle, modificar radicalmente o sistema de relação entre executivo, legislativo e Judiciário. Em outras palavras: foi necessário montar um Estado cada vez mais forte, apesar de se manterem alguns disfarces de normalidade democrática. (Arquidiocese de São Paulo, Brasil Nunca Mais, 1985, p. 60)

Além da forte repressão instalada, o que se observa é que a conformação da política acontecia também nas várias dimensões da vida, e se a coerção era o símbolo da forma de relação da sociedade política com a população, outras formas, não menos importantes, foram também utilizadas.

Assim, sob o forte esquema de segurança nacional e os slogans de “Esse é um país que vai pra frente” e “Brasil, ame-o ou deixe-o”, a população foi convocada, pelos defensores do golpe, a participar do “esforço cívico” de construção de um país grande e potente, livre da ameaça comunista, com relativo e temporário êxito.

Como consequência desse modelo de desenvolvimento adotado, que privilegiou o grande capital interno e externo durante os governos militares, ocorreu o aprofundamento dos problemas sociais, a refuncionalização das políticas sociais, o aumento do poder de regulação sobre a sociedade e a quebra da resistência da sociedade organizada para suavizar as tensões sociais, obter legitimidade para o regime e servir de mecanismo de acumulação de capital (MOTA, 1995 e BRAVO, 2000).

Outra forma importante – do ponto de vista de sua continuidade – encontrada pelo Estado para se relacionar com a sociedade, foi através da política social. De acordo com Andrade (1980), era na política social que se encontrava a explicação para a relativa estabilidade do regime, o que podia ser constatado e justificado ao se observar o número elevado de medidas de políticas sociais nesse período.

No entanto, apesar das inúmeras medidas de políticas sociais existentes no período, uma análise qualitativa revela que na perspectiva da igualdade social, o seu significado e impacto foram irrelevantes.

Focando a análise no setor saúde, observa-se que houve maior reforço das experiências centralizadoras e privatizantes e, com a hegemonia da medicina previdenciária nesse período, aumentou a parcela da população sem assistência, o que, em um contexto de política econômica concentradora de renda, foi mais um elemento que contribuiu para o agravamento da questão social.

Ainda, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior e o crescente processo de medicalização da vida social, tanto na saúde pública quanto na previdência social (BRAVO, 2000) houve o reforço à prática clínica através de ações centradas na assistência curativa e individual e maior desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública, caracterizando, assim, o modelo assistencial adotado. Em meados da década de 1970, o setor saúde apresentava

(...) um grande crescimento dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades, e que foram todos contratados pelo INAMPS. Por outro lado, como não havia interesse em que o serviço público funcionasse, para favorecer os privados, os hospitais, ambulatórios e Centros de Saúde públicos foram desprestigiados e começaram a piorar. Isso tudo aconteceu numa época em que a Previdência Social tinha bastante recurso (NETO, 1994, p. 8).

Na década de 1970, em um contexto de nova crise mundial do capitalismo, de profundas modificações na dinâmica do capitalismo e de esgotamento do milagre econômico brasileiro, revelou-se também um quadro de crise de resolutividade dos serviços de saúde, quadro esse que era consequência, como tão bem observa Silva Júnior (1998), da ineficácia, ineficiência e iniquidade do modelo hegemônico de atenção que, apesar de seu grande custo e utilização de alta tecnologia, não respondia às principais necessidades de saúde da população. Estavam configuradas, dessa forma, a crise econômica e política do contexto maior, e uma crise setorial do setor saúde. A análise de uma implica necessariamente na análise da outra, em estreita relação. Como conclui Oliveira (1989, p. 14) a crise do setor saúde

não passa, na verdade, de uma expressão setorial da situação mais abrangente, da crise – simultaneamente econômica e política, ‘de legitimação’ e ‘fiscal’ – que o regime autoritário atravessou, naqueles anos de fim do anterior período de crescimento acelerado da economia e de início do chamado processo de ‘abertura’ política.

Configurando esse cenário da crise da década de 1970, os governos militares davam sinais também de seu esgotamento e o processo revelava, cada vez mais, a impossibilidade de sua continuidade. No entanto, mesmo com a crise de continuidade dos governos militares e passado o período mais repressivo do autoritarismo brasileiro, ainda havia forte esquema para a conformação dessa política, o que demonstrava a intenção de garantir a continuidade da ordem estabelecida.

Os generais presidentes respondiam a qualquer contestação à ordem com repressão. Esse foi o exemplo das greves de Contagem e Osasco/MG em 1968 e da intervenção no Sindipetro-BA em 1968. Apenas em fins de 1973, com a anticandidatura a Presidente da República de Ulisses Guimarães e do seu vice Barbosa Lima Sobrinho, a sociedade brasileira começa encontrar caminhos ‘legítimos’, para expressar sua discordância àquele tipo de Estado. Os *anticandidatos emedebistas* discursam pelo Brasil, denunciando as práticas autoritárias e defendendo o retorno ao Estado de Direito. Nas eleições do ano seguinte (1974) o MDB conquista uma grande votação. É a primeira grande manifestação pública contra o arbítrio. O partido de oposição é o desaguadouro do descontentamento social que, naquele momento, ganha maior relevo, em função dos problemas econômicos resultantes, entre outras questões, da crise do petróleo (ROMAO, 2006, p. 109).

A intenção de garantir a continuidade do regime, no entanto, estava limitada pelas contradições do próprio capitalismo que deveria garantir a sua reprodução independente das frações e segmentos de classe. Assim, renovar torna-se primordial, principalmente por que, nesse momento observa-se um espraiamento do movimento operário e sindical para além das fábricas, sob orientação do Novo Sindicalismo³, com novas formas de organização nos locais de trabalho e a luta pela autonomia e liberdade dos sindicatos em relação ao Estado. Destacaram-se aí os movimentos e lutas dos funcionários públicos, as Oposições Sindicais,⁴ o

³ No Capítulo II, ao falar sobre o movimento sindical em Sergipe, trazemos mais dados sobre o Novo Sindicalismo.

⁴ Característica importante do movimento sindical dos anos 1980, formado pelos ativistas sindicais que não concordavam com as diretorias dos sindicatos, cuja maior expressão era a oposição sindical dos metalúrgicos de São Paulo (OSMSP).

sindicalismo rural em ascensão desde os anos 1970, além da criação das centrais sindicais.⁵ (ROMÃO, 2006)

Nesse momento, “novos” e “velhos” atores sociais (re)colocaram-se em cena e, entre eles, os movimentos sociais e populares que ressurgiram no quadro nacional. Os partidos políticos colocados na ilegalidade “abrigaram-se” em siglas “legais”, como o então MDB, e os seus militantes ressurgiram como importantes atores protagonizando os movimentos dessa nova conjuntura.

No campo da saúde, importantes atores eram militantes do PCB, o “partidão”, que sob a “orientação” partidária de militância nos campos específicos de trabalho, tiveram participação importante no Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. (MORAES, 1997)

Assistia-se, dessa forma, um processo cada vez mais intenso de conformação/contestação, construção/desconstrução, que marcou a dinâmica conjuntural a partir de então.

A crise econômica atinge a materialidade da sociedade civil, repercutindo na política. Isso provocou a distensão e em seguida a abertura, ou seja, a auto-reforma do poder. Buscava-se transitar de forma controlada do Estado *bonapartista-militarizado* para o Estado *autocrático-burguês* institucional, porém o que não estava previsto nesse processo regulado por cima, foi o desabrochar de um elemento novo, agudo e intenso sob a forma de ação operária reivindicativa. As lutas operárias travadas no ABC paulista, pelo *Novo Sindicalismo* no final dos 70 e início dos anos 80, contra a super-exploração e pelo direito à *fala*, farão agudizar a crise que por fim a mais uma ditadura e restabelecerá, mesmo que de forma limitada, o direito ao dissenso (Antunes, 1991; Oliveira 1999, *apud* por ROMÃO, 2006, p. 104).

A década de 1980 foi marcada por grave recessão e crise econômica, com a elevação acentuada da dívida externa,⁶ que era colocada pelo movimento sindical como “(...) *o grande mecanismo de dominação econômica e política e o principal instrumento de dominação e transferência de nossas riquezas*” (ANAS/CBAS, 1991, p. 10). Essa foi denominada “década perdida”, tendo em vista o não crescimento industrial do país, sem aumento do número de empregos, quando os trabalhadores

⁵ A CUT foi criada em 1983; em 1986 foi criada a CGT.

⁶ O governo brasileiro pagou, somente em 1989, 11,3 bilhões de dólares aos credores internacionais para os juros da dívida externa (ANAS/CBAS, 1991).

foram extremamente penalizados, com o achatamento salarial, pela política econômica dos governos. A política e modelo econômico adotados configuravam, nos final dos anos 1980, um quadro, para cuja alteração os trabalhadores eram constantemente mobilizados.

Indicadores da articulação cada vez maior do movimento sindical eram as grandes greves contra o arrocho salarial e a política econômica, reveladores da face política desse movimento, que constituiu um importante instrumento na reconquista dos direitos usurpados pela ditadura e de seu reconhecimento enquanto sujeito político, com direito a expressar sua fala. Esse processo não se deu sem conflitos, mesmo no contexto da Nova República.

Desde o final da década de 70 e, apesar dos discursos dos governantes, foi preciso que os trabalhadores abrissem caminho “a força”. Diversos sindicatos foram postos sob intervenção e houve até prisão de alguns dirigentes sindicais, a exemplo do ocorrido nos sindicatos dos petroleiros e metalúrgicos do ABC. Em julho de 1983, houve intervenção federal nos sindicatos dos petroleiros na Bahia e em Campinas, como represália às mobilizações da categoria. Em julho desse mesmo ano, o governo intervém nos sindicatos dos bancários e metroviários de São Paulo, após a greve geral. Em 1987, ano caracterizado por Noronha (1991) como “*o ano das greves dos funcionários públicos*”, Sarney manda o exército intervir em diversas greves, a exemplo dos portos e refinarias da Petrobrás, em março; na CSN em agosto e Itaipu, em setembro. (ROMAO, 2006, p. 126 e 127).

Foi nesse contexto que se constituiu a base do chamado movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, em um processo de reflexão sobre o quadro sanitário nacional, a precária condição de vida do povo brasileiro e a péssima assistência que era prestada à sua saúde.

A estruturação desse movimento no Brasil, que ocorreu também em diversos outros campos e movimentos, foi caracterizada pela construção do pensamento crítico social da saúde, com a incorporação das teorias sociais e da teoria marxista, do materialismo dialético e materialismo histórico, e a configuração da tese sobre a determinação social das doenças.

Esse movimento denunciava o modelo de desenvolvimento adotado durante o regime militar como estratégia concentradora de renda, que não distribuía benefícios

sociais, alijava a participação popular e, devido ao sistema público de saúde de má qualidade prestava precária assistência à saúde da população (NETO, 1994).

Assim, na busca da construção de espaços aglutinadores de força e potencializadores de luta, o então denominado movimento sanitário, em 1976, criou o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, que tinha como protagonistas profissionais e estudantes da área da saúde, e apresentava propostas concretas de “luta pela democratização da saúde e da sociedade, aglutinando e se caracterizando como espaço privilegiado de produção de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições ou do parlamento” (disponível em <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/cebes/>, em 01/11/2006), revelando o caráter político desse movimento.

A história do CEBES⁷ revela que ele se constituiu efetivamente em potencial espaço de luta do movimento sanitário na luta pela democratização da saúde, quando, em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, representando o movimento sanitário,

(...) apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde. Essa proposta, levando em conta experiências bem sucedidas em outros países, propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação da população. (NETO, 1994, p. 9) *(grifos do autor)*

Outro fato marcante que demonstra a consolidação do pensamento crítico no setor saúde e o processo de criação e consolidação desses novos espaços foi a criação, em setembro de 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, propondo-se a atuar

⁷ No Capítulo II, quando discuto o processo de construção da Reforma Sanitária em Sergipe, apresento dados que mostram a importância do CEBES como espaço fundamental de aglutinação dos protagonistas implicados na luta pela democratização da sociedade brasileira e do setor saúde, por meio dos dados específicos da atuação do CEBES em Sergipe.

(...) como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para fortalecimento mútuo das entidades-membro e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil. (disponível em www.abrasco.org.br/sobre/index.php, em 31/10/2006).

Dentro dos limites apontados na atuação da ABRASCO, com discussões bastante acadêmicas - o que dificultou o diálogo com a população, e mesmo com os trabalhadores dos serviços não acostumados com o debate acadêmico (MORAES, 1997) – se reconhe a importância desse espaço de efetivo debate, da sua contribuição na consolidação do pensamento crítico no setor saúde, de estímulo à pesquisa e construção do conhecimento.

Ainda outros espaços foram utilizados pelos militantes do movimento sócio-sanitário, para reflexão dos saberes e fazeres, como foi o caso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH). A primeira tinha uma ação específica entre os médicos e “(...) concentrava seus esforços nas lutas institucionais e científicas nas faculdades de Medicina, principalmente nos Departamentos e Núcleos de Saúde Coletiva, que se multiplicaram nos anos 70” (MORAES, 1997, p. 72). A segunda com contava com outros profissionais da saúde pública, além de médicos, e constituía “(...) um foco de históricos militantes (e personalidades) que enfatizavam o modelo desenvolvimentista de saúde pública. (*Ibid.*, p. 72).

O movimento sanitário, assim, ampliava seus espaços de intervenção e influência, interlocutores e protagonistas, ganhava, cada vez mais, maior visibilidade para a sociedade como um todo e reafirmava o caráter político da luta pelo direito à saúde.

Além do CEBES, ABEM, ABRASCO e SBH, outras instituições da sociedade civil, de âmbito local ou nacional, e outras instituições articuladas a outras categorias e saberes que se defrontavam, direta ou indiretamente, com o quadro sanitário, participaram e influenciaram no debate e nas lutas do setor saúde. Psicólogos, assistentes sociais, demógrafos, cientistas sociais, economistas, estatísticos, etc. foram alguns deles, todos buscando influenciar o

debate com seus projetos sociais e suas práticas e saberes específicos. (MORAES, 1997, P. 73).

Percebe-se, assim, que o movimento incorporava diversos setores e segmentos envolvidos no setor saúde, na luta por um projeto que tivesse como referência os direitos sociais e não incorporasse a saúde como uma mercadoria.

No entanto, ao mesmo tempo em que essa tão ampla participação representava uma potencialidade do movimento, revelava um dos seus limites; devido à heterogeneidade de leituras e projetos que esta ampla participação implicava, ainda que houvesse, uma unidade no discurso, a prática proposta seguia caminhos diversos. (MENDES, 1994)

Outrossim, podemos acreditar que esses limites eram também impostos pela complexidade da questão social que se configurou em nosso país, pela acentuada fragmentação dos direitos sociais, além da natureza restrita que caracterizava a política social brasileira consolidada historicamente.

Desta forma, ainda que o movimento sanitário não encontrasse espaço para impor sua proposta ao Governo naquele momento (NETO, 1994), as pressões advindas dos movimentos sociais fizeram com que os governos, na tentativa de garantir a reprodução e continuidade do regime político, redirecionassem sua relação com a população, dando respostas a algumas de suas reivindicações, traduzidas na reorientação – mesmo que de forma parcial e tímida – das políticas sociais.

A partir de então, o setor saúde foi espaço de realização de diversas experiências objetivando a reorganização dos serviços de saúde, a incorporação da participação da população na política, a reorientação das práticas dos profissionais e a criação do sistema único de saúde.

No discurso oficial e na política de saúde as reflexões começavam a se desdobrar em medidas e programas. Assim, em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde – SNS com nova proposta de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e destes com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ou seja, uma rearticulação, em outros moldes,

entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Segundo essa proposta, caberia ao SNS:

- a) Integração das práticas de saúde pública com as de medicina previdenciária;
- b) Rearticulação das unidades do setor público, e destas com o setor privado;
- c) Regionalização da assistência médico-sanitária considerados os perfis epidemiológicos de cada área do país (BRAGA & PAULA, 1981, p. 198).

A criação do SNS objetivava superar o padrão anterior de assistência que era estritamente previdenciário, curativo e direcionado para os maiores centros urbanos. Com ele seriam criadas duas redes, autônomas e complementares, uma denominada rede de assistência médico-sanitária (sob gestão do setor público) e a outra denominada rede de assistência médico-hospitalar (com gestão dos setores público e privado).

O conjunto médico-sanitário seria composto pelos Postos de Saúde (unidades mais simplificadas), Centros de Saúde (com ações visando saneamento básico, imunizações, alimentação e nutrição, educação para a saúde e prestação de assistência médica individual) e Unidades Mistas (Centros de Saúde acoplados a um hospital com possibilidade de internação em pediatria, clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia). (BRAGA & PAULA, 1981, p. 198)

Em 1976 foram criados o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição – II PRONAN e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, objetivando levar ações essencialmente coletivas e preventivas para as populações carentes, principalmente do interior do norte e nordeste brasileiro, numa tentativa de ampliação da cobertura e de mudança do padrão de assistência meramente curativo.

A partir de então, os programas passaram a incorporar o discurso da participação comunitária, contudo com práticas esvaziadas desse sentido, uma vez que não apresentavam propostas efetivas de mudança do modelo assistencial e também não garantiam a eficácia comunitária. (CARVALHO apud BRASIL, 2006)

Ainda, esses programas apresentavam características fundamentais do período autoritário, quando os planos e projetos tinham um caráter essencialmente

tecnocrático, eram elaborados de forma centralizada e por técnicos distanciados da realidade da população. Assim, as propostas anunciavam mudanças, mas já desde o momento de sua elaboração, revelavam lacunas e contradições, que podem ser explicadas pela herança política do autoritarismo e pelas contradições conjunturais que inviabilizaram a sua plena efetivação.

No entanto, mesmo com limites e contradições, esses programas e medidas apresentavam propostas de redesenho da política de saúde, de retomada dessa diretriz após mais de uma década em que ela esteve marginal no MPAS, e praticamente ausente do discurso oficial na perspectiva da ampliação de sua cobertura. Significaram, ainda, a busca de recolocação estratégica do Ministério da Saúde no direcionamento dessa política e, mesmo que “(...) de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde”. (BRAVO, 2001, p. 24)

A realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma – Ata (URSS), em 1978, quando 134 países e 67 organismos internacionais se comprometeram em assumir “Saúde para todos até o ano 2000”, constituiu, no plano externo, uma motivação para o debate interno sobre os saberes e fazeres no setor saúde e um marco político para a reorganização dos sistemas de saúde.

Nessa conferência o debate esteve centrado na assistência à saúde da população, nos “cuidados primários”, no reverso do que pregava o modelo flexneriano, e apontava a necessidade de construção de outras formas de atenção. Segundo o documento final, Cuidados Primários devem ser entendidos como:

(...) cuidados essenciais em saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente bem fundamentas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados a saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (Declaração Alma Ata, 2006).

Partia-se da constatação de que os modelos referenciados nos princípios flexnerianos apresentavam alto custo de implementação, o que inviabilizava a sua

operacionalização. Assim, deveriam ser conjugados esforços na construção de modelos de baixo custo, com cobertura mais abrangente para o cidadão e sua família, e incorporar a participação popular no discurso. (SILVA JUNIOR, 1978)

As discussões e deliberações de Alma-Ata “oxigenaram” o movimento pela Reforma Sanitária em nosso país, e impulsionando as discussões sobre a Atenção Primária revelaram a necessidade e importância de construção de uma política efetivamente pública de saúde, com maior cobertura, e de construção de outros fazeres.

Apesar das contradições nas concepções e experiências posteriores à Alma-Ata, especialmente no que se refere ao entendimento sobre atendimento primário como sendo uma assistência simplificada, sem a incorporação de tecnologia, uma “assistência pobre para os pobres”, a incorporação, nessas experiências, de questões como resolutividade dos serviços, equidade e participação da população, sem dúvida alguma, constituíram o sabor novo para aqueles excluídos de qualquer forma de assistência e de participação, também para os defensores da construção de outro sistema de saúde e de novas formas de relação com a sociedade, nos espaços da assistência.

Toda essa discussão, aliada às crises e contradições perceptíveis na realidade brasileira, davam visibilidade ao movimento pela Reforma Sanitária, impulsionavam as experiências de descentralização em curso, pressionavam os governos para sua incorporação no discurso oficial, o que resultou em algumas

(...) mudanças institucionais, distribuição e reorientação de parte das verbas para o setor. O governo da Nova República ampliou o gasto público com o setor para cerca de 3,9% do PIB. Destes, 1,4% corresponde ao gasto privado direto, subsidiado pelo governo (através do imposto de renda), pelas famílias e pelas empresas (MORAES, 1997, p. 62).

O movimento ampliava e consolidava as discussões sobre a determinação política, econômica, social e cultural dos considerados “problemas de saúde da população” e do conceito de saúde, que historicamente esteve referenciado em uma concepção meramente biológica e mecânica, e apresentava como propostas a necessidade de ampliação da discussão para além da doença, e a criação de um

sistema de saúde único, democrático, com participação popular, integral e equânime, com responsabilização estatal pela assistência à saúde da população.

O advento da Nova República significou a consolidação, “pelo alto”, de diversos movimentos que almejavam a reconstrução da democracia e um discurso que expressava uma preocupação com os direitos sociais da população. No que pese os entraves políticos para a garantia e operacionalização dos mesmos, assistiu-se um processo de recolocação desses direitos nas políticas sociais. No setor saúde ocorreram mudanças significativas, com a entrada de alguns sanitaristas no espaço institucional, ocupando cargos importantes na condução e gestão dessas políticas e implementando algumas mudanças pontuais, mas importantes para os avanços posteriores.

O setor privado absorveu, até a metade dos anos 80, parte expressiva dos recursos do INAMPS, chegando, em determinados momentos, a quantias que correspondiam a quase três quartos do orçamento para o setor saúde. A partir de 1987, as verbas revertidas para a rede privada conveniada começaram a ser reduzidas, não ultrapassando a faixa dos 50% das despesas do INAMPS. (MORAES, 1997, p. 69)

Com o agravamento da crise política e econômica, com rebatimentos nas políticas sociais, em 1980 o Governo elaborou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde- PREV-SAÚDE, inspirado nas propostas de Alma- Ata e propondo uma reorientação global do sistema com a implantação de uma rede de serviços básicos, integrando o MPAS e o Ministério da Saúde. No entanto, mesmo antes de ser operacionalizada, a proposta sofreu tantas reformulações que se reduziu a uma proposta de racionalização do sistema, numa perspectiva de contenção de recursos, sem alterar o setor privado e seus privilégios. As resistências ao programa e os argumentos de que ele fatalmente agravaria ainda mais a qualidade dos serviços, fizeram com que o mesmo fosse esquecido e engavetado.

Em 1981, ainda no cenário de crise, observam-se, cada vez mais, mudanças na forma de relacionamento do Estado – ainda com suas marcas autoritárias – com a população; exemplo disso a presença do discurso da participação quando da criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, como órgão do MPAS.

(...) o Conasp era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora. Deveria atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (Inamps). Em sua atuação, o Conasp foi tornando visíveis os projetos em disputa na arena das políticas públicas de saúde: (a) o conservador privatista – do setor privado contratado; (b) o modernizante privatista – dos interesses da medicina de grupo; (c) o estatizante – dos técnicos ministeriais e da oposição; (d) o liberal – de parte dos técnicos e da medicina liberal (...) predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento privado contratado (...) propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social. (BRASIL, 2006, p. 42 e 43)

Em 1982, ainda no bojo da crise do MPAS, como uma das medidas do CONASP, mudou-se a forma de pagamento de serviços ao setor privado, que antes era por atos e a partir de então passou a ser por diagnóstico, estratégia utilizada para contornar o alto custo com as despesas hospitalares, com a instituição da Autorização de Internação Hospitalar – AIH. O conjunto de medidas incluiu a criação das “Ações Integradas de Saúde – AIS”, no mesmo ano, incorporando os princípios de universalização, equidade, descentralização, regionalização e fortalecimento do poder público. Com as AIS previa-se a celebração de convênios entre o MPAS, Estados e Municípios para ampliação e garantia da cobertura assistencial, com o consequente repasse de recursos e utilização da capacidade instalada do INAMPS, nesse momento já bastante ociosa. Além, com as AIS houve uma aproximação maior entre os ministérios envolvidos, com a criação da Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN e das Comissões Inter-institucionais de Saúde – CIS, as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde – CRIS e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde – CIMS, no âmbito estadual, regional e no âmbito municipal, respectivamente. Apesar das mudanças em curso, as AIS, consideradas como embriões do SUDS e posteriormente do SUS, e as medidas do CONASP, consideradas como uma reedição com nova roupagem do PREV-SAÚDE, provocaram fortes reações a sua implementação.⁸

⁸ - No Capítulo II, ao tratar sobre a reforma Sanitária em Sergipe, trazemos alguns dados que corroboram esse argumento.

Com o acúmulo dessas experiências e discussões sobre o quadro sanitário nacional, em processo de ampliação da participação, agora requerida nos níveis decisórios e não somente na ação e execução, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu, em Brasília, mais de quatro mil delegados, com significativa participação de gestores, usuários e trabalhadores,⁹ processo esse iniciado nas conferências municipais e estaduais, ocorridas em todo o país, o que deu grande visibilidade à luta do setor saúde e aprofundou o debate sobre os temas e propostas.

O conjunto de propostas aprovadas na VIII Conferência pode ser sintetizado em três grandes temas, a saber: o conceito de saúde, articulado às condições de vida e na intersetorialidade com as demais políticas sociais; a criação do novo sistema de saúde, universal, descentralizado e integral e o financiamento desse sistema, para que ele não se constituísse em mais um “discurso de intenções”.

As discussões e deliberações aprovadas na VIII Conferência influenciaram, de forma decisiva, a criação do SUDS, em 1987, como etapa transitória ao SUS, e o consequente deslocamento das decisões do MPAS para as Secretarias Estaduais da Saúde. O SUDS, assim, ficou conhecido como a fase da “estadualização” da saúde, quando as ações de saúde migraram para esse nível de governo, o que provocou tensões com os “dinossauros” do INAMPS e o Ministério da Saúde, insatisfeitos com a perda e deslocamento do poder.

Essa tensão virá mais uma vez à tona na década posterior, no processo de discussão sobre a extinção do INAMPS e de sua incorporação pelo Ministério da Saúde. (MARSIGLIA, 1993 e BRASIL, 2006)

Uma avaliação geral do SUDS, desde a sua fase de implantação, em 1987, até 1988, demonstra que ele não deve ser interpretado como um fim em si mesmo, embora seja possível compreendê-lo como uma totalidade que escapou das pretensões iniciais de seus formuladores, mas como uma etapa na construção no processo de unificação do sistema de saúde. Uma etapa produzida por uma visão, estratégias e alianças conjunturais (MORAES, 1997, p. 121).

⁹ - O setor privado não participou da VIII Conferência.

1.2. A Criação do Sistema Único de Saúde - SUS

Como fruto da visibilidade e articulação política dos diversos movimentos sociais, coordenados e articulados em torno do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 1980, conquistou-se, por meio da Constituição Federal de 1988 – que incorporou o conjunto de proposições da VIII Conferência – a garantia do princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, a base legal de criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que surgiu como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde.

A sua criação, integrada à seguridade social e baseada no princípio da universalidade, rompeu com a perspectiva do seguro social presente historicamente na política de saúde brasileira, e com a garantia do acesso somente aos que com ela contribuía.

O propósito das diretrizes do SUS configura um sistema de saúde formado por uma rede de serviços, públicos e privados, descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, regionalizada e hierarquizada, na qual o setor privado deve ter uma participação complementar à do setor público, firmada por convênios e contratos, com prioridade de participação das instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. (HEIMANN et al, 2000)

Nesse sistema, a participação da sociedade foi colocada como princípio fundamental, explicitador e norteador da sua concepção política, considerada ferramenta que garante à população exercer o controle do processo de formulação, implementação e avaliação das políticas. A participação, assim concebida, tornou-se quesito fundamental para a garantia do pleno direito à saúde. Esse princípio, definido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, garantido constitucionalmente em 1988 e regulamentado através da Lei 8.142/90, definiu as formas de participação da comunidade na gestão do SUS e instituiu duas instâncias, em cada esfera de governo, para o exercício do controle social: as conferências e os conselhos de saúde. Esses são, segundo a base legal, os novos espaços de participação da população, usuários e trabalhadores, na política de saúde.

Observa-se assim, que o controle realizado pela sociedade sobre a gestão das políticas sociais então instituído, inverteu a forma de controle social antes

exercido pelo Estado sobre a sociedade, individual ou coletivamente, pelo viés autoritário e repressivo (HOBBS, 1988).

A definição desses espaços significou além de uma garantia de efetivação do pleno direito à saúde, um dos instrumentos para a operacionalização da gestão democrática ou participativa, tal como reivindicada pelos movimentos sociais, na tentativa de fragmentação de um poder excessivamente centralizado que se consolidou no país principalmente após os anos 1930.

No entanto, a implantação do novo sistema só se iniciou na década de 1990, após a promulgação das leis orgânicas da saúde e do processo constituinte que se estabeleceu em cada estado e município brasileiro. A partir de então deslançou um processo complexo e heterogêneo, que se delineou de acordo com as especificidades de cada local, e esbarrou na falta de clareza dos gestores sobre a condução do mesmo. Tendo em vista a necessidade do estabelecimento de dispositivos operacionais que regulassem os papéis de cada nível de gestão, surgiram tensionamentos cada vez maiores entre os estados, os municípios e o governo federal, caracterizando uma dinâmica institucional de disputa por verbas. (BRASIL, 2006)

Agravante desse processo foi a eleição do novo presidente do país, mobilizando esperanças e frustrações. Esse, com uma proposta privatizante, realizou cortes dos gastos públicos e, através de uma reforma econômica e administrativa promulgada através de Medidas Provisórias já nos primeiros dias de seu governo, iniciou o projeto de desmonte do estado.

No seu plano de governo, Collor promete elevar os gastos nacionais com saúde em 10% mas, na prática o que ocorreu foi contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. Assim o direito à saúde foi restringido e 'ao cabo de três anos de governo federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar em março de 1993'. Os gastos com saúde no período 1980-1990 alcançaram o nível máximo, em 1989, de 3,3 do PIB, mas reduziram-se drasticamente no governo Collor, voltando a 2,7% somente em 1995. (BRASIL, 2006, p. 115)

Assim, como um barco andando contra a maré, a implementação do SUS se iniciou em um contexto de colapso – do padrão de acumulação que vinha se

desenvolvendo desde os anos 1930 –, e também de um modelo de estado que vinha se desenvolvendo desde então, numa conjuntura de adoção do neoliberalismo,¹⁰ da tese do estado mínimo, de desmonte do sistema de proteção social e de focalização das políticas públicas. Enfim, um contexto marcado, pela necessidade do capitalismo, de redefinição do papel econômico desempenhado pelo estado, que agora terá de reduzir as suas atribuições, frente à sociedade.

No setor saúde, outros exemplos dessa investida de desmonte dos princípios do SUS foi o adiamento, em 1991, da realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, apesar das pressões dos gestores e do Conselho Nacional de Saúde, que garantiu a validade das conferências estaduais e municipais ocorridas nesse ano.

Além disso, ainda em 1990, foram vetados os artigos da lei orgânica da saúde que definiam a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde; as formas de participação popular na gestão do SUS e os artigos que definiam as formas de repasse de recursos para o SUS e os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios, que se tornou a principal questão jurídica e política dos defensores do SUS. Tal questão, no entanto, não arrefeceu a mobilização popular, apesar da forte articulação dos setores interessados na manutenção do veto, como os representantes de hospitais e lobistas do setor privado.

O veto mobiliza os setores que defendem a participação da sociedade na questão da saúde, principalmente o movimento sanitário, articulando-se uma plenária de entidades do setor, que conseguem do então ministro da Saúde, Alcení Guerra, um compromisso de envio de um novo projeto de lei que contemple os artigos vetados. (BRASIL, 2006, p. 117)

¹⁰ Diferente do contexto do liberalismo clássico, fase do capitalismo concorrencial, o neoliberalismo tem suas primeiras aplicações nos governos Thatcher, na Inglaterra, e no governo Reagan, nos Estados Unidos, em um contexto de economia monopolizada e de especulação financeira, no final do século XX. Embora geralmente sejam consideradas apenas como concepção ou doutrina econômica, as teses neoliberais constituem concepções teóricas e filosóficas que embasam as dimensões morais, sociais e educativas de uma sociedade, uma vez que “a ideologia do mercado acima de todas as coisas não se fundamenta apenas em aspectos econômicos, diz respeito à questão da capacidade dos homens no uso da razão e por conseguinte, os limites do planejamento central, (...) mas perpassam também, fortemente, elementos da moral e da construção de um *‘novo imaginário social’*. O consumidor soberano, que existe apenas em um ambiente de concorrência, permitirá o pleno desenvolvimento moral e intelectual dos cidadãos. Desenvolve-se a tese que o mercado isentaria a sociedade, inclusive dos preconceitos sociais e xenofobias ao não considerar as origens sociais dos indivíduos, sua raça ou credo (ROMÃO, 2006, p.54).

Essa mobilização garantiu que o Congresso Nacional, posteriormente, discutisse os artigos vetados na Lei 8.080/90 e os recuperassem em outra Lei, a 8.142/90, ficando assim o setor saúde com duas leis que o regulamentam.

Desse processo, o que se observa é que, durante toda a década de 1990, disputaram os projetos que foram construídos na década anterior por atores com propostas bem diferenciadas: uma, refletindo um ideário democrático da saúde e outra, o projeto neoliberal articulado na base da universalização excludente, que hegemoniza, entre outros, o uso de mecanismos de racionamento, tendo como consequência principal a queda de qualidade do subsistema público de saúde (MENDES, 1994).

Nessa conjuntura, sob orientação das agências internacionais de financiamento – especialmente do Fundo Monetário Internacional - FMI e do Banco Mundial –, “preocupadas” com o alto custo das medidas, o que se assistiu foi um distanciamento dos princípios da universalidade e da equidade, com a assistência prestada pelos programas oficiais cada vez mais focalizados e compensatórios, em detrimento das necessidades reais vivenciadas pela população, com seus problemas de doença agravados pela crise econômica e pela precarização maior da condição de vida. Na saúde o quadro geral era caracterizado “(...) pelo sucateamento dos serviços com longas filas, falta de material, pessoal desmotivado, infra-estrutura desgastada, fraudes constantes”. (BRASIL, 2006, p 120)

Com o afastamento de Collor, a gestão Itamar Franco, que assumiu a presidência no ápice de uma crise de legitimidade, caracterizou-se por algumas ações populistas e, devido às pressões dos movimentos sociais, pela diminuição do ritmo das privatizações,¹¹ da ofensiva neoliberal e do desmonte das políticas sociais, e ainda o não encaminhamento da revisão constitucional. Apesar disso, observa-se a continuidade de aspectos importantes da gestão anterior.

Embora tenha freado a crise ética e contido a inflação, as três crises estruturais que marcaram o governo Collor continuam presentes: a crise do pacto federativo, a crise de reestruturação das políticas sociais, em especial da saúde, e a crise financeira. A primeira se expressa, por exemplo, no processo de implementação de isonomia normativa na criação dos conselhos de saúde (...). A crise de gestão se manifesta na transferência e alocação de servidores, nas

¹¹ Apesar de manter as privatizações das empresas estatais como meta (BRASIL, 2006).

demandas de salários, na capacitação (...) A crise financeira do setor de saúde se agrava com o corte do repasse de recursos da previdência social para a saúde, determinado pelo, então ministro da Previdência, Antonio Brito (BRASIL, 2006, p. 123 e 124).

Diante disso, o que se assistia era a falta de repasse para alguns municípios dos recursos da saúde, a indefinição sobre como os estados absorveriam a estrutura e serviços do INAMPS e também sobre o processo de transferência dos servidores desse órgão e sobre seus salários. Tais questões, associadas à recessão e arrocho salarial, resultaram em efervescências, mobilizações e greves, passando para a população um quadro de ineficiência e ineficácia do SUS.

A visibilidade dessas questões e sua repercussão negativa fizeram com que o governo tomasse algumas medidas como a extinção do INAMPS, pela Lei nº 8.689 de 27/07/1993, e o consequente repasse de suas ações para os estados e municípios, “(...) sem a demissão dos 96.000 funcionários do órgão, e com a criação de um Sistema Nacional de Auditoria”. (BRASIL, 2006, p. 126) Nessa gestão, além da realização das diversas conferências de saúde, como a II Conferência Nacional de Saúde Bucal e também a II de Conferência de Saúde do Trabalhador, ocorreu, ainda, a ampliação do quantitativo de conselhos de saúde existentes e a identificação desses espaços como *lócus* privilegiados de deliberação da política de saúde e de disputa para garantia dos princípios do SUS. Nesse momento,

“(...) já estavam cadastrados o Conselho Nacional de Saúde, 27 conselhos estaduais e 2.108 conselhos municipais, representando cerca de 42% dos municípios brasileiros (total de municípios: 4.973). Nos conselhos municipais, 49% dos representantes são usuários, proporção que se reduz a 46% nos conselhos estaduais e a 48% no conselho nacional (...) em 1993, os conselhos se firmam como instancias políticas identificadas com a defesa do SUS (BRASIL, 2006, p. 127).

Além disso, houve a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/93-NOB/93 com a definição de parâmetros para a descentralização do SUS; a regulamentação dos papéis e responsabilidades de cada nível de governo em relação ao financiamento das ações e serviços; a definição das formas de gestão do

sistema¹² e os papéis, nesse processo, das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), nos âmbitos federal e estadual, respectivamente, estas também submetidas aos conselhos de saúde. Estes foram aspectos que contribuíram para a consolidação do controle social na política de saúde, ao colocar os conselhos como atores centrais do processo, e, ainda, para o estabelecimento de novas práticas, entre os gestores e níveis de governo, e novas relações na organização do sistema de saúde e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS.

A partir de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, observou-se um aprofundamento do neoliberalismo e reorientação do papel do Estado. Em um contexto de mundialização do capital, de redefinição da autonomia e papel dos estados nacionais, embasado no ajuste fiscal e no desmonte das políticas sociais, sob orientação do FMI, ocorreu um processo de desregulamentação e desresponsabilização do Estado, com o objetivo de torná-lo cada vez mais diminuto em relação às garantias dos direitos sociais e, no plano econômico, indutor de um novo padrão de desenvolvimento e impulsionador da competitividade, orientado para o mercado globalizado, em detrimento do mercado interno, o que foi viabilizado através de um conjunto de reformas constitucionais.

Além desses aspectos, a privatização das estatais, com transferência do bem público para o mercado, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e a redução dos direitos sociais, a instauração de um novo modelo de gestão gerencial pública foram algumas das questões que implicaram na subjetividade dos trabalhadores e na redução da participação nos sindicatos (ROMÃO, 2000), na transmutação do cidadão, sujeito de direitos, em contribuinte- cliente e na diminuição do seu poder nos conselhos das políticas sociais. (BRASIL, 2006)

Como medidas e aspectos mais importantes no setor saúde nesse momento situam-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, estabelecendo mecanismos de financiamento da saúde vinculados variavelmente em cada nível de governo, com correção de acordo com o PIB; crescimento do número de municípios habilitados em alguma forma de gestão; aumento do número de equipes de saúde de família e da cobertura populacional; a posição firme do

¹² As formas de gestão instituídas pela NOB/93 eram: incipiente, parcial e semiplena. Para a habilitação, exigia que o município criasse o conselho de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento. Para a alocação de verbas, além desses requisitos, exigia os critérios de distribuição do financiamento.

Conselho Nacional de Saúde na defesa dos princípios do SUS e do seu financiamento; aprovação da NOB\SUS\96,¹³ com avanços importantes no processo de descentralização. Além disso, nesse período foi criado o cartão nacional de saúde como instrumento de identificação dos usuários, vinculando-os a uma gestão (estadual ou municipal), e conseqüentemente, como instrumento de responsabilização pela integralidade da atenção, mas agregado ao sistema nacional, o que garante atendimento em todo o território nacional e a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS\SUS, em 2001, com foco nos aspectos assistenciais do sistema e cujos aspectos inovadores podem ser assim definidos:

Seus aspectos inovadores, enquanto norma operacional, foram a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR, com diretrizes para a organização regionalizada da assistência; a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento\programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de compromisso entre gestores; e a atualização dos critérios e dos processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS (...) Em relação à organização da assistência, a norma enfatiza resolutividade da atenção básica em todos os municípios, a partir de questões consideradas estratégicas (...) estabelece também diretrizes gerais para as ações de média e alta complexidade e requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referencias intermunicipais, sob a coordenação e a regulação estadual, através de programação pactuada e integrada. (BRASIL, 2006, p. 173 e 174)

Apesar dessas medidas, que ressaltam como aspectos positivos, no mesmo período as condições de vida e saúde da população tiveram uma mudança quase inexpressiva,¹⁴ os gastos com saúde mantiveram-se estáveis no primeiro mandato (1995-1998), com um investimento de 2,015% do PIB, mas foram reduzidos no período 1999-2002, ficando em 1,927% do PIB, redução acentuada principalmente a partir de 2000 (BRASIL, 2006).

Diante desses dados e dos aspectos conjunturais do período, nada favoráveis à efetivação dos direitos, é possível afirmar, que no período seguinte à criação do

¹³ As formas de gestão colocadas pela NOB 96 para os municípios são duas, a saber: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde.

¹⁴ A rede de esgotamento sanitário adequado passou de 70,9% de domicílios urbanos, em 1995, para 76,7% em 2002, considerado como um aumento inexpressivo. As taxas de mortalidade por causas externas, com o aumento da violência, passaram de 74,89% (por 100.000 habitantes), em 1997, para 70,09, em 200, também considerada diminuição inexpressiva (BRASIL, 2006, p. 166).

legal do SUS, quando os trabalhadores, usuários e gestores, no espaço institucional, iniciaram o processo de articulação em torno da construção de estratégias para implementação do novo sistema de saúde, o mundo assistiu o crescer da onda neoliberal e da tese de incapacidade do Estado na produção das políticas sociais. *Campos (1992)*, caracteriza este como um contexto em que as estratégias propostas alternavam-se em desdobramentos políticos conservadores ou reformistas, enquadrando a criação do SUS no rol dos desdobramentos reformistas apesar de concordar que “(...) há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido [e esta era] a contradição central do processo nacional de reforma sanitária” (p. 19).

Nesse sentido, afirma o autor, no Brasil há uma visível hegemonia da forma de produção neoliberal, de uma estrutura de serviços com diversas modalidades assistenciais que, no fazer cotidiano, se articulam com os interesses do setor privado e interesses corporativos de parcelas dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos e dentistas. A consequência dessas formas de produção é a reprodução de práticas mercantilistas, que, especialmente nessa conjuntura, têm sido reforçadas pela ação do Estado, apesar de não serem novas, não surgirem no contexto da conjuntura neoliberal. São características que encontram sua origem na forma liberal produzida e conservada nos aparelhos de formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos.

Tendo em vista estes argumentos, é possível afirmar que essa prática mercantilista é reforçada ao se colocar o direito à saúde na perspectiva “(...) de um enquadramento individual, perdendo o caráter social que fundamenta a cidadania plena que foi um dos ideais igualitários do século XX. Assim, a saúde vem cada vez mais sendo tratada como um bem privado e não com o estatuto de um bem público”. (NOGUEIRA, 2002, p. 10)

No entanto, tendo o entendimento da realidade como complexa e contraditória, e compreendendo o movimento dos diversos atores sociais, contexto no qual o processo de dominação, mesmo hegemônico, não consegue abarcar a totalidade das dimensões da vida social, é que são visualizadas as perspectivas de superação desses limites.

(,,,) o direito à saúde é um item complexo da agenda política e da agenda governamental e o debate, ou seja, o confronto sobre seu alcance e seu conteúdo, se subsume à concepção de saúde adotada para direcionar a sua institucionalidade e sua constitucionalidade. Os interesses presentes e a capacidade organizativa dos diferentes grupos interessados darão o tom do debate e, mais que isso, viabilizarão a inclusão e efetivação do direito à saúde com um perfil onde a democracia e a universalidade encontrarão abrigo amplo ou extremamente reduzido. (NOGUEIRA, 2002, p. 30)

Em conformidade com a perspectiva apresentada por Nogueira de que o processo de descentralização ocorrido na saúde, desenhado pelo movimento da reforma sanitária implicou no exercício relativo da democracia, passaremos a problematizar alguns aspectos sobre o princípio da participação no SUS, o denominado controle social.

Em artigo recente, José Paulo Netto, ao refletir sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil, constatou a diversidade de concepções existentes sobre o tema. Eis como esse autor se posicionou sobre a questão:

O debate no interior das Ciências Sociais, assim como o diálogo entre os seus múltiplos e diferenciados vocalizadores e os públicos específicos situados fora do circuito acadêmico, tem vindo a realizar-se em condições que estão longe de contribuir para clarificar as questões de que todos (cientistas sociais e acadêmicos, organizações e movimentos cívicos e políticos) se ocupam diversamente. Basta evocar, entre muitos, termos como modernidade, cidadania e controle social para se ter a noção suficiente da polissemia que, subjacente a eles e não explicitada, deriva em equívocos que comprometem substantivamente interlocuções que, sobre outras bases, poderiam propiciar importantes elementos de elucidação e esclarecimento acerca dos objetos a que se referem. (NETTO, 2004, p. 62)

Concluiu esse autor que

(...) as conseqüências de uma tal polissemia são enormes, tanto do ponto de vista teórico como prático político [e que esse é] um fenômeno muito mais abrangente, incluindo um rol tão largo de instrumentos que ora os torna inservíveis, ora os torna meras ferramentas retórico-ideológicas, ou ambas as coisas ao mesmo tempo. (*Ibid.* p. 63).

Portanto, uma análise que objetiva tratar da questão da participação na gestão das políticas sociais – no caso em questão a política de saúde – requer identificar as posições dos diferentes vocalizadores, posições essas que devem ser situadas no contexto da sociedade capitalista, marcada por extremas desigualdades, por classes antagônicas e com posições diferentes, e contrárias, sobre as questões de saúde da população e seus enfrentamentos. Torna-se necessário considerar que o termo participação assume significados diversos e consequências práticas também diversas. A questão que se coloca é, então, refletir sobre como a participação popular vem ocorrendo nas políticas sociais, no contexto atual, especificamente na política de saúde, considerando as polissemias existentes e as práticas a partir delas esboçadas.

Afirmou-se anteriormente que o processo de descentralização e municipalização das políticas sociais, no Brasil, é pleno de ambiguidades e contradições, e pode significar uma real partilha de poder ou simplesmente o repasse de “problemas” e poucos recursos para o nível municipal.

O processo de implantação dos Conselhos de Saúde revela a forma de relacionamento do Gestor com um órgão colegiado, em tese, democrático. Dá-se, nesse relacionamento, uma série de tensões entre o Estado, que trás em si marcas burocráticas, autoritárias e clientelistas, consolidadas historicamente na formação social brasileira, e entre os setores interessados nos avanços e ampliação da democracia. Assim, o discurso da participação pode significar avanços efetivos ou, simplesmente, mera retórica quando não são abandonadas as práticas recrudescidas ao longo dos anos de autoritarismo. Nesse último caso, geralmente o que se assiste é uma disputa de poder, que pode ser assim colocada: de um lado, os setores interessados na desregulamentação do SUS e o Executivo – este em nome da legitimidade que lhe é assegurada pelas eleições –, defende a tese da governabilidade e autonomia para tomar decisões¹⁵; do outro lado, os que lutam pela ampliação das conquistas sociais e decisões soberanas.

¹⁵ Esse foi um dos argumentos utilizados por Fernando Collor ao vetar os artigos da lei orgânica da saúde que definiam as formas de participação da população na gestão da política de saúde. Representa, porém, o discurso de vários gestores municipais no processo de criação dos conselhos de saúde. Exemplo desse discurso foi o argumento do prefeito de Aracaju ao vetar o artigo da lei que criava o conselho de saúde e preconizava a eleição do seu presidente. O gestor argumentava para si esse direito.

A constituição dos Conselhos, novo *lôcus* de exercício político, através dos quais a cidadania se expressa, também, na forma de democracia participativa (CAMPOS & MACIEL, 1997) tem impactos marcantes em sociedades caracterizadas pelo clientelismo e por acentuada exclusão, como é o caso da sociedade brasileira. Na operacionalização, os signos da universalização, descentralização e participação chocam-se frontalmente com a cultura do “mandonismo” e do clientelismo, tão presentes historicamente nas políticas sociais do país, especialmente do Nordeste. Para sua superação é necessária a construção de uma cultura política voltada para a consolidação da cidadania, rompendo com relações arcaicas de poder.

Por outro lado, como já afirmado, os princípios democráticos não garantem, de per si, a sua efetivação. Trata-se de uma conquista dos movimentos sociais nas lutas por seus direitos, que se dá no âmbito do próprio Estado, espaço eminentemente contraditório, com a re-significação da participação nesses espaços. Torna-se importante considerar, nessa leitura, que as possibilidades dessa forma de participação concentram-se na correlação de forças estabelecida em cada local, e que esse é um processo permeado de hegemonia e contra-hegemonia. Assim, para os que defendem os avanços e a autonomia para a tomada de decisões, o desafio é transformar os espaços de participação, de negociação política, em espaços de produção de interesses coletivos, de exposição de conflitos, em espaços onde se processe uma “guerra de posições”,¹⁶ com participação ampliada, enquanto processo de construção do consenso.

Os princípios teóricos que dão norte a essa leitura, estão assentados na concepção gramsciana, que não considera o Estado apenas como espaço de pura coação e violência, mas como uma síntese dialética das suas duas esferas: sociedade política (que concentra o poder repressivo e a violência da classe dirigente) e sociedade civil (momento de persuasão e consenso junto às associações privadas, na busca de hegemonia). Segundo essa abordagem teórica, a sociedade civil, é compreendida como o conjunto de organizações e instituições que atuam para a construção e consolidação da hegemonia da classe dominante

¹⁶ A “guerra de posições”, segundo Gramsci, diferencia-se da “guerra de movimentos”, feita com manobras súbitas de “vanguardas”, de pequenos grupos que agem como representantes da maioria e se servem de golpes, de atos súbitos. A “guerra de posições”, por sua vez, constrói-se no cotidiano da ação, com mobilização apoiada em “(...) consciências coesas e articuladas, em um pensamento rigoroso e lúcido. A transformação da sociedade, nas condições da complexidade moderna, não poderá seguir um caminho revolucionário se não aproveitar as lições proporcionadas pelos duelos da política cultural (KONDER, 2001, apud BRASIL, 2006, p. 32).

sobre a classe dominada, através da construção do consenso, no seio da superestrutura. Assim, “(...) o nível da sociedade civil corresponde à função de ‘hegemonia’ que o grupo dirigente exerce em toda a sociedade”. (PORTELLI, 1997, P. 67) Essa concepção de sociedade civil difere da classificação marxiana clássica,¹⁷ que a coloca como a base material das relações de produção do estado capitalista, com funções exclusivamente econômicas.

Percebe-se que, em Gramsci, o conceito de hegemonia tem um aspecto diferenciado, no qual a primazia recai sobre a sociedade civil, como *lócus* privilegiado, não exclusivo, no qual se desenvolve a direção intelectual e ideológica, não se detendo apenas no aspecto político da derrubada do Estado. Assim situado, o Estado amplia a sua função social, uma vez que é na sociedade civil que a classe dominante busca articular seus interesses particulares com os das demais classes, de modo que venham a se constituir em interesse geral. Ou seja, é na sociedade civil, pela difusão de uma ideologia unificadora, que a classe dominante busca obter o consentimento dos governados. Mas, no âmbito do Estado, enquanto síntese dialética circula não só a ideologia dominante, como também contra-ideologias, a partir dos intelectuais da classe dominada.

No entanto, sobre a leitura ampliada que Gramsci faz do bloco histórico, no qual a infra-estrutura relaciona-se dialeticamente com a superestrutura ideológica, convém destacar que esta ampliação é essencialmente dialética e que (...) os novos elementos aduzidos por Gramsci não eliminam o núcleo fundamental da teoria ‘restrita’ de Marx, Engels e Lenin (ou seja, o caráter de classe e o momento repressivo de todo poder de Estado), mas o repõem e transfiguram ao desenvolvê-lo através do acréscimo de novas determinações”. (COUTINHO, 1994, p. 53).

Coutinho (2000) demonstra em sua análise que, para Gramsci, a sociedade civil é o palco das lutas por transformação da sociedade na qual se busca o consenso da maioria. Para isso, é necessário abrir espaços no seio do Estado, pois este se torna, agora, permeável à ação das forças em conflito. “O centro da luta está na ‘guerra de posições’, na conquista paulatina de espaços no interior da ‘sociedade civil’ e, por meio e a partir dela, no próprio seio do Estado.” (COUTINHO, 2000, p.

¹⁷ O Estado, na concepção de Marx, é situado na esfera da sociedade política, caracterizada como um conjunto de aparelhos coercitivos, onde a classe dominante exerce o seu domínio jurídico-político e constrói, assim, a sua hegemonia. Essa é entendida, por Marx, como a capacidade dirigente da classe dominante, exercida através da coerção.

39). O Estado capitalista agora ampliado, na concepção de Gramsci, passa a ser o local de reivindicações da sociedade, o campo da luta de classes.

Para Coutinho (2000), o Estado não pode mais estar a serviço e representar apenas uma classe social, ser um “comitê executivo da burguesia”, como denominou Marx. Ele deve estar aberto a outros segmentos sociais e seus interesses. Apesar de ainda representar a classe dominante, o Estado não pode satisfazer somente o interesse de uma classe. Nesse sentido, ele se torna um local de disputa na luta de classes ou frações de classes.

É importante destacar também, que entre as duas esferas da superestrutura, sociedade civil e sociedade política, entre o consenso e a força, apesar do tratamento diferenciado e da forma como Gramsci as analisa, da autonomia de cada uma pela função que exercem na organização da vida social e na articulação e reprodução das relações de poder (COUTINHO, 1994), não existe uma separação orgânica, o limite entre elas é muito tênue, pois se relacionam e colaboram estreitamente. (PORTELLI, 1997)

Aponta-se então, como desdobramento dessa forma de conceber o Estado e a hegemonia que nele se processa, que as leituras sobre cidadania e participação, nos espaços de gestão das políticas sociais, devem ser apreendidas na sua processualidade, com as contradições existentes no real, onde os atores se movimentam e interagem em meio a diversas tensões e conflitos.

A contradição não é apenas entendida como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real (...) é destruidora, mas também criadora, já que se obriga à superação, pois a contradição é intolerável (...) Na superação, a solução da contradição aparece enriquecida e reconquistada em nova unidade de nível superior (...) Por isso a realidade não é apenas o ‘já sido’, embora ela possa no seu ‘estar sendo’ incorporar elementos do ‘sido’. Ela também não é só o ‘ainda-não’, embora sem este elemento o real se torne superável. A realidade, no movimento que lhe é endógeno, é exatamente a tensão dialética, sempre superável do ‘já sido’ e do ‘ainda-não’ sendo. (CURY, 1979, p. 30 e 31)

Nesse sentido, a concepção de cidadania adotada não se compreende como construída mediante intervenções externas, programas e agentes que outorgam e preparam para seu exercício, como uma doação da burguesia e do Estado moderno,

mas como construída de modo processual, no seio da prática social e da política de classes, ou seja, como cidadania construída ao mesmo tempo em que é exercida. (ARROYO, 2001, apud BUFFA et al, 2001)

Por sua vez, as políticas sociais são entendidas como respostas dadas pelo Estado às movimentações dos sujeitos e atores sociais nos seus espaços de luta pela negação/afirmação das suas condições de existência, estas entendidas a partir da correlação de forças delineada em cada momento conjuntural. Esta concepção refuta a compreensão da política social como “(...) uma expressão exclusiva dos interesses da classe dominante, não havendo lugar, nenhum espaço, para a defesa e incorporação da classe dominada”. (SERRA, 1986, p. 23) Assim, a Política Social, nesse enfoque e a partir de um olhar e do espaço da saúde, explicitando também a concepção dessa política, é assumida, nesse estudo, como a

(...) intervenção do Estado nas questões sociais, produzidas pelas contradições entre capital e trabalho (ou melhor o empresariado e a população), com vistas à diminuição das mesmas e possibilitar garantias nas áreas sociais da saúde, educação e assistência social. É uma conquista dos trabalhadores resultante de reivindicações e lutas. Nesse jogo de forças, o capital incorpora as exigências do trabalho. Na Constituição Federal de 1988, a seguridade social foi um dos maiores avanços no que se refere à proteção social e atendimento às históricas reivindicações das classes trabalhadoras. É composta pelo tripé Saúde, Assistência e Previdência. (BRAVO et al, 2001, p. 140)

Após essas breves pontuações teóricas, reafirma-se que o setor saúde, no bojo dos processos que marcam a sociedade como um todo, caracteriza-se como espaço contraditório, no qual suas expressões refletem a condensação de forças dos diversos sujeitos coletivos que nele se movimentam. Enfim, como afirmado por Pereira (2002, p. 33), “a política de saúde carece de uma nova coalizão de forças para transformar-se numa questão capaz de devolver-lhe o caráter público e a vinculação com a cidadania [uma vez que] nem só de obstáculos vive o sistema”.

Tal questão torna-se fundamental para a efetiva garantia do direito universal à saúde, para a efetiva implementação da equidade, para a garantia da integralidade e das diretrizes de descentralização e participação da sociedade no controle social da política de saúde – tal qual defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde – uma

vez que, apesar da situação ser extremamente adversa, mesmo na contra corrente da lógica neoliberal, 80% da população brasileira depende do SUS, o jovem sistema de saúde brasileiro, com apenas vinte anos de idade e que se apresenta ainda, segundo Campos (2006), como uma “reforma social incompleta”, cujo caminho mais importante para a sua completude é a articulação dos movimentos que o defendem com aqueles que exigem mudanças na ordem social e política brasileira.

A luta pelo sistema de saúde deveria juntar-se à peleja pela distribuição de renda, por políticas de recuperação de moradias e de espaços urbanos degradados, pela educação e segurança públicas (...) Tampouco considerar como um dado estrutural imutável a miséria, a violência urbana; rejeitar e criticar com veemência o mau funcionamento das organizações públicas: recusar a continuidade indefinida da escola que não ensina, do hospital que não cura, da polícia que não aumenta segurança (CAMPOS, 2006, p. 302).

1.3. A Criação do Programa Saúde da Família - PSF

Como visto nos itens anteriores, o processo de descentralização da saúde no Brasil, é pleno de ambiguidades e combina, basicamente, elementos de duas alternativas teóricas. Segundo a orientação política do processo, ela pode significar uma distribuição real de poder, com os municípios ampliando seu poder efetivo e assumindo funções e recursos antes concentrados no nível federal ou, simplesmente, uma distribuição de funções estatais sem o consequente repasse de recursos.

No primeiro caso, observa-se, geralmente, a implantação de experiências interessantes, consideradas exitosas e articuladas às especificidades geo-culturais de cada local; no segundo caso, ocorre uma transferência, ao nível local, da crise econômica e das consequências sociais da retração do gasto fiscal. (CAMPOS, 1997)

É possível afirmar ainda, a partir dos dados anteriores, que o processo de implementação do SUS, tal como preconizado pela reforma sanitária, apresenta-se, na conjuntura atual, como o grande desafio na garantia do direito à saúde, cuja luta,

interrompida durante os governos militares, reacendeu na conjuntura de esgotamento do milagre econômico brasileiro.

Fato que oxigenou esse debate e orientou algumas experiências que aconteceram a partir de então, no plano externo, foi a realização, em 1978, da Conferência Internacional de Alma-Ata, com a retomada da discussão sobre a Atenção Primária na perspectiva de garantir a “Saúde para todos no ano 2000”, tal como recomendava o documento final dessa Conferência. A partir de então, tendo em vista o caótico quadro sanitário brasileiro e a exclusão de parcelas imensas da população dos serviços de saúde, pela impossibilidade do acesso, a extensão da cobertura passou a constituir preocupação dos programas oficiais na área da saúde.

O referencial mais importante das experiências e programas desenvolvidos a partir de então, foi o da medicina comunitária, que propunha modelos de baixo custo, cobertura maior das ações e serviços e a participação comunitária. (SILVA JUNIOR, 1995)

Adotada no país no início da década de 1970, a medicina comunitária foi expandida na segunda metade dessa mesma década através dos Programas de Extensão de Cobertura (PECS), que objetivavam a organização das práticas sanitárias e a adoção de modelos experimentais de organização da prática médica, sua racionalização e distribuição (PAIM, 1994).

A partir de então o discurso da participação comunitária passou a fazer parte do discurso oficial e dos programas da saúde pública, como o PIASS; direcionavam-se para os setores excluídos da assistência médica da previdência social.

No entanto tendo em vista que a questão da saúde está inserida numa gama complexa de determinações, afloradas nessa conjuntura pela crise econômica, estes programas não alteraram efetivamente o modelo assistencial, os processos de trabalho e nem tiveram eficácia sanitária. (CARVALHO, 1995) Ainda, a preocupação com a racionalização dos custos e o foco das experiências centrado na prática médica, resultaram em diversas críticas, principalmente as que as identificavam como “cesta básica”, “assistência simplificada” ou “medicina pobre para os pobres”. (SILVA JUNIOR, 1998 e PAIM, 1994)

Apesar desses limites, a disseminação dos princípios da medicina comunitária, tais como participação, hierarquização, regionalização e integralidade,

feita por alguns organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, permitiram que eles fossem incorporados aos discursos e propostas de sanitaristas e profissionais que passaram a atuar no Ministério da Saúde. Assim, os princípios norteadores da medicina comunitária e a avaliação dos limites dessas experiências, incorporados por esses profissionais, constituíram elementos que subsidiaram a formulação de propostas alternativas ao modelo de assistência médica previdenciária. Essas propostas foram aquecidas e temperadas nos espaços e movimentos da reforma sanitária brasileira. (BRASIL, 2006)

O avanço desse movimento, especialmente na década de 1980, fez com que as discussões articulassem, cada vez mais, o conceito de saúde, a determinação social da doença e a necessidade de mudança no todo do sistema de saúde, como forma de garantir a universalidade e o acesso a todos os segmentos da população, e rompesse com a fragmentação e diluição de recursos, além de articular a saúde a seus determinantes e condicionantes. Esse desafio pressupunha, ainda a articulação das políticas sociais. Com esse propósito, criou-se o SUDS e, logo após, o SUS, como síntese dessas discussões e movimentos.

Além das barreiras políticas, especialmente durante a década de 1990, que dificultavam o processo de implementação do novo sistema e de seus princípios, ainda outros obstáculos de natureza diferente mas não menos importante, também contribuíam para que o SUS não se efetivasse plenamente, tais como: o modelo de atenção, centrado em alta tecnologia, com o espaço hospitalar como *locus* privilegiado de atenção, com inexpressiva resolatividade e, ainda, sem uma estruturação da atenção básica.

Nesse contexto, com vários caminhos apontados como saída (SILVA JÚNIOR, 1998), e depois de alguns êxitos localizados em municípios do nordeste brasileiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família - PSF, em 1994, apresentando-o como estratégia para implementação do SUS, com objetivos assim estabelecidos:

Objetivo Geral:

- Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Objetivos Específicos:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida, e
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, p. 10).

A partir de então, vários estudos e pesquisas sobre o PSF têm alimentado as reflexões sobre a sua importância no processo de implementação do SUS, reveladores das diferentes avaliações a seu respeito, tendo em vista a conjuntura política do momento, de implementação também das teses neoliberais, e a preocupação com as “interpretações” locais e possível constituição do mesmo de forma “simplificada”, enquanto uma “cesta básica”. (SILVA JUNIOR, 1998) Tais preocupações advêm principalmente, além dos fatores já enumerados, do fato do PSF ter base tecnológica inspirada na medicina comunitária (FREIRE, 2005), o que pode resultar em algumas características de seletividade e focalização.

Apesar desses alertas, alguns autores consideram o PSF como espaço importante de mudança das práticas sanitárias (PAIM, 1993a) e como estratégia importante para o reordenamento da atenção básica (BARROS, 2003), visando a garantia de maior resolubilidade dos serviços, incentivo ao controle social e estreitamento dos vínculos entre famílias e equipes de saúde. Essas questões dão indícios de quão ampla e polêmica é a discussão sobre essa estratégia, suas possibilidades e limites.

As origens dos alertas sobre os limites do PSF podem ser justificadas, também, ao se analisar o processo histórico de constituição da proposta, tendo em vista que a noção de médico de família não é nova. A proposta de médico de família

já estava presente em Roma antiga e era idéia corrente até o início do século XX, a partir de quando ocorreu a hegemonia do atendimento hospitalar. (TAVARES, 2002)

O Relatório Flexner, base “científica” estruturante do também conhecido modelo “hospitalocêntrico”, por sua vez, apresentava também “(...) uma proposta de atenção baseada no ‘médico da comunidade’ [e este profissional teria um perfil] menos qualificado ou com formação precária, perfil de médicos das cidades americanas de pequeno porte”. (ANDRADE, 1998, IN: BARROS, 2003, p. 98)

Assim, ao tempo em que estavam sendo estruturados, a partir do Relatório Flexner, os princípios que orientariam o modelo hegemônico de atenção, centrado na tecnologia de alto custo, indicando o hospital como *lócus* terapêutico privilegiado, com uma medicina rica para os ricos e com profissionais altamente especializados, estruturado principalmente nos grandes centros urbanos, pensava-se também na caracterização de um profissional com formação não especializada, o médico da comunidade, para atender as populações de áreas menores e com maior dificuldade de acesso aos serviços. Uma formação mais pobre para as populações mais pobres, o que, provavelmente, pode ter inspirado algumas experiências desenvolvidas em áreas de maior pobreza. Acredito, então, que os questionamentos ao PSF e ao médico de família, sua natureza e função, decorrem dos “receios” do PSF constituir uma recolocação da proposta, nesses moldes.

A indicação do médico de família também foi apresentada na Inglaterra, em 1920, quando Bertrand Dawson apontava

(...) a necessidade de um sistema público hierarquizado por níveis de complexidade em que um médico generalista, chamado de ‘família’ trabalharia apoiado por profissionais de enfermagem, em uma unidade básica de saúde, buscando, assim, a universalização do acesso e uma atenção voltada para as necessidades básicas da comunidade (BARROS, 2003, p. 98).

No entanto, essa mesma autora informa que a implementação efetiva da medicina de família em diversos países somente se deu a partir dos anos 1950, quando começou a se assistir o questionamento ao modelo de atenção inspirado nos princípios do Relatório Flexner, seu alto custo e o pouco impacto na resolução dos problemas enfrentados (BARROS, 2003).

Também nesse sentido, segundo Vasconcelos (1999), em 1963, a Organização Mundial da Saúde - OMS já demonstrava preocupação com os modelos de atenção adotados, seu alto custo financeiro, com a precariedade das relações estabelecidas com a população assistida e pronunciava-se sobre a formação do médico de família. Como desdobramento dessa posição, observa-se a expansão da proposta nos EUA, que, em 1969, reconheceram a medicina familiar como especialidade médica e aprovaram diversos programas na área.

Na década de 1970, Canadá, México e diversos países europeus aderiram à proposta, além da sua divulgação na América Latina com o apoio da OMS e de instituições estrangeiras como a Fundação Kellog.

Nos Brasil, nos anos 90, a revalorização do tema família nas políticas sociais constituiu também fator importante para que a discussão sobre o PSF ganhasse maior visibilidade uma vez que essa estratégia propunha a reorganização da atenção básica e das práticas dos profissionais a partir de uma ação centrada na família.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde\doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000, p. 5).

Apesar de explicitar a noção de família adotada na estratégia, esse tema carece de pontuações mais específicas uma vez que, apesar da constante referência feita nas políticas sociais, a partir da década de 1990, também essa não é uma discussão consensual, e tem gerado entendimentos, propostas e encaminhamentos diversos.

Desta forma, para garantir as mudanças preconizadas pelo PSF no modelo assistencial da saúde pública brasileira

(...) é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde. É necessário perguntar, de que família estamos falando [...] reconhecer a família como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento,

crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos. (TRAD e BASTOS, 1998, p. 434, citados por UFSC, 2007, p.36)

A discussão sobre família, qualquer que seja o recorte feito e o ângulo de análise, deixa, quase sempre, aflorar nos seus participantes uma sensação de discussão sempre geral e inacabada uma vez que a dinâmica familiar é permeada por diversos aspectos e dimensões que estão em permanente movimento. Assim, tem sido cada vez mais frequente na literatura atual que aborda o tema, situar a família e seus diversos aspectos como um processo de construção sócio-histórica, rompendo com uma análise que a situa como grupo natural que se formou com a finalidade de apresentar “(...) respostas biológicas universais às necessidades humanas, [Torna-se fundamental entender que elas] configuram diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis a homens e mulheres em contextos históricos específicos”. (SARTI, 2005, p, 21)

Porém, alerta a autora acima referida, que tal perspectiva deve estar atenta para não cair no viés de análise que apreende mecanicamente a relação entre o mundo de significações humano e as possibilidades materiais de existência, que esta relação é mediada “(...) pelas ‘traduções’ sociais, culturais e psíquicas dessas possibilidades, ou seja, dependem de como são incorporadas pela sociedade e internalizadas pelos sujeitos”. (*Ibid.*, p. 22)

Nesse sentido, ao fazer a análise de fatores externos que afetaram a dinâmica familiar, a autora cita como exemplos diversos eventos históricos tais como: a revolução industrial, que separou o mundo do trabalho do mundo familiar e instituiu a dimensão privada da família; a difusão da pílula anticoncepcional, em escala mundial, a partir da década de 1960 e a consequente separação sexualidade/reprodução, com desdobramentos importantes no comportamento sexual feminino, recriando seu mundo subjetivo e potencializando sua inserção no mundo social; as novas tecnologias reprodutivas, inauguradas nos anos de 1980 e a dissociação gravidez/relação sexual entre homem e mulher; o exame de DNA e o reconhecimento da paternidade.

Assim, percebe-se que, como uma das consequências das mudanças ocorridas na sociedade, o modelo idealizado de família não consegue mais se sustentar. A família contemporânea assume uma gama imensa de formatação, de

arranjos e rearranjos, com significados diferenciados para cada segmento ou grupo social, não podendo ser engessada nesse ou naquele modelo, o que significa que, ao se formular as políticas sociais numa perspectiva de atendimento a família, tais questões devem ser necessariamente consideradas para não se correr o risco de abstrai-la ou idealizá-la, retirando-a do seu contexto.

A crescente investigação sobre a família, sua dinâmica, formação e condições de vida têm contribuído imensamente para a formulação de políticas sociais para a família. Tomando como exemplo o caso da França, Lefaucheur (1997) mostra que a definição e investigação sobre “famílias monoparentais”¹⁸ contribuiu, a partir do anos 1970, para que as mesmas se tornassem alvo das políticas sociais, categoria de apresentação de dados estatísticos sócio-demográficos e objeto de pesquisa em ciências humanas.

No Brasil, principalmente a partir de início dos anos de 1990, muito se tem falado em família e as políticas sociais formuladas a partir de então têm colocado, como eixo de sua atenção, as famílias, principalmente as famílias pobres.¹⁹

Cito como exemplo o caso da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que assumiu a característica de colocar a família no centro da proteção.²⁰ Outro exemplo é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, assentado na Constituição Federal de 1988, que garante os direitos fundamentais da criança e do adolescente. Outro dado de política social foi a criação, em 2001, do programa Bolsa-Alimentação com o objetivo de combater a mortalidade infantil e a desnutrição em famílias pobres do país, especificamente aquelas com renda mensal inferior a meio salário mínimo per capita.

Esses são alguns exemplos, entre tantos outros, de medidas de políticas sociais voltadas para as famílias; mas a sua implementação tem demonstrado um percurso marcado por tensões e conflitos e muitas dificuldades têm se apresentado,

¹⁸ Definidas como as unidades domésticas em que as pessoas vivem sem cônjuge com um ou vários filhos. Vitale (1995) mostra que, no Brasil, há “(...) o crescimento da família monoparental, geralmente chefiada por mulheres (mãe com filhos sem cônjuge). Nos setores médios, emergem ainda as chamadas formas alternativas ao relacionamento familiar, como é o caso de mães solteiras.” (p. 287).

¹⁹ A definição de “pobreza”, nesse ponto, refere-se somente à renda familiar, critério para a inclusão nos programas, apesar de concordar plenamente que a pobreza vai além da dimensão material.

²⁰ Segundo a análise da Profª Maria Carmelita Yasbeck, em aula ministrada no dia 30/05/2005, para os alunos da disciplina “Família Contemporânea no Brasil”.

principalmente no que se refere à definição e concepção de grupo familiar alvo dessas políticas.

Traduzir para a lei essa definição tem sido o grande desafio, principalmente porque, como vimos, a família tem sofrido grandes e contínuas mudanças, expressando e condensando as mudanças societárias mais amplas. Sarti nos mostra que uma das grandes características das famílias é o atamento dos seus nós e sua configuração em rede. Segundo a autora, analisar a família como constituída simplesmente em núcleo “(...) leva a desconsiderar a rede de relações na qual se movem os sujeitos em família e que provê os recursos materiais e afetivos com que contam. (SARTI, *Ibid.*, p. 28)

Definir a família a partir do seu núcleo tem sido limitação forte na formulação das políticas sociais, o que tem levado quando da sua execução, como já afirmado, a conflitos e tensões, uma vez que não expressam a dinâmica das famílias.²¹

Outro fator importante a considerar é que, as características da conjuntura atual, marcada pelo alto índice de desemprego, alto custo de vida e falta de equipamentos sociais nos espaços de moradia e trabalho, ou sua existência em número reduzido, tais como creches e escolas públicas, que auxiliem na criação dos filhos e liberação mais efetiva e tranquila da mulher para o mercado de trabalho, têm contribuído para que a família assuma como parâmetro de sua definição a rede de ajuda criada além dos limites da casa.

Mais um fator observado, é que com o alto custo de moradia, o grupo familiar na mesma unidade doméstica tem crescido, sendo cada vez mais fácil encontrar casas com “puxados” para abrigar os filhos e netos que casam, formando verdadeiros “conglomerados” familiares que, expostos a tantas vulnerabilidades, quase sempre vivem na dependência do salário ou benefício dos mais velhos, geralmente dos avós, o que também contribui para a existência de relações de competição, por vezes conflituosas, no mesmo grupo familiar.

Por fim, e ainda em relação à implementação das políticas sociais, outro aspecto pontuado pelos autores analisados, e de igual importância, refere-se à necessidade premente de o profissional executor dessas políticas confrontar seus

²¹ A afirmação está baseada também na minha experiência profissional no PSF em Aracaju e na operacionalização do programa Bolsa Alimentação, que definia como família o núcleo familiar.

próprios pontos de vista sobre a família, rompendo preconceitos, idealizando-a como um *locus* isento de tensões e conflitos, não entendendo e respeitando a dinâmica, principalmente das famílias pobres, que são o alvo prioritário dessa políticas.

Esse é o grande desafio para os profissionais executores dessas políticas, e também para as equipes de Saúde da Família, e necessita de um olhar mais aproximado do cotidiano dos serviços, como uma das formas de fortalecimento dos vínculos e quebra das barreiras subjetivas que contribuem para que o acesso não seja garantido.

Retomando a discussão sobre o PSF, sobre os fatores impulsionadores de sua criação, tem-se que, além da revalorização do tema família nas políticas sociais, a consolidação, em Cuba, do papel do médico de família com fortes repercussões no Brasil, foram também fatores que ampliaram a discussão sobre o PSF e a apresentação de sua proposta pelo Ministério da Saúde.

Fato objetivo imediato para que isso ocorresse foi a crise dos serviços de saúde gerada pelas epidemias de dengue e cólera, no início da década de 1990, e a incapacidade dos serviços expandidos em combatê-las, o que evidenciou, também, a fragilidade das ações de promoção da saúde. (VASCONCELOS, 1999)

Com a criação do PSF, colocou-se como princípio a atuação de Equipes de Saúde da Família – ESF, compostas por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, quantitativo variável de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade das equipes, geralmente em torno de 550 pessoas para cada agente.

Os profissionais que constam da equipe mínima definida pelo Ministério da Saúde são aqueles que contam com alocação de recursos específicos para a remuneração, mas ela pode ser ampliada, sem contar com o repasse de recurso para essa finalidade, de acordo com as necessidades e possibilidades financeiras dos municípios.

A composição multiprofissional das equipes constitui-se em uma das diretrizes operacionais mais importantes do Programa Saúde da Família, com o propósito de ampliar o conhecimento e as possibilidades de intervenção sobre os processos de saúde-doença, de modo a atender às necessidades da população. Percentuais elevados de equipes de todo o país, superiores a 90%, contavam com os profissionais de composição mínima estabelecida pelo

Ministério da Saúde, assim como as equipes de saúde bucal (BRASIL, 2004b, p. 18).

Nesse sentido, a proclamada autonomia do município na formação das equipes, mesmo quando as necessidades assim indiquem, deve ser exercitada segundo a disponibilidade financeira para tanto, o que, a priori, constitui uma barreira para que isso ocorra. Esse limite encontrado pelos municípios na incorporação de outros profissionais tem provocado diversas tensões locais: de um lado os gestores e os argumentos sobre os limites da capacidade financeira municipal, de outro, os profissionais e suas lutas específicas para garantir essa incorporação.

Atualmente também o odontólogo incorpora a ESF, na proporção de um profissional para cada duas equipes. Os demais profissionais da saúde, como os assistentes sociais, ainda não conquistaram essa inserção enquanto política preconizada pelo Ministério da Saúde, com recursos específicos para pagamento desses profissionais. Mas, como é proclamada a autonomia dos municípios na formação e ampliação das equipes, mesmo sem o suporte financeiro para tanto, esses profissionais vivenciam formas de inserção diversificadas e geralmente não participam do cotidiano das equipes. Acredito que a justificativa para a ampliação das ESF, incorporando outros profissionais, está assentada na proposta de inversão do modelo, na mudança do objeto das práticas, que deve deixar de ser a doença/queixa e do padrão “procedimento centrado”, geralmente “médico/centrado”.

Na definição da equipe mínima, o dado novo é a definição do médico generalista ou de família, especialidade reconhecida no Brasil em 1981, cujo foco de ação é a pessoa dentro do contexto familiar e comunitário, preparado para atender problemas frequentes da população sem distinção de gênero, faixa etária ou órgão afetado. A partir de então, observa-se um crescimento do número de programas de residência médica em medicina de família e comunidade, que, de 5 programas em 1998, passou para 78 em 2008, apesar desse número ainda ser considerado insuficiente para uma ação em todo o país (dados disponíveis em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza-cadastro.php>, em 11/12/2008).

O que se observa é que, apesar da forte tendência do “especialista” no modelo de saúde brasileiro, tem sido crescente a defesa do médico de família, com

destaque para o seu papel na transformação do modelo de atenção, especialmente a partir da criação do PSF.

O PSF não é inspirado apenas em Cuba [que] seguia o modelo de policlínica com internista, ginecologista e pediatra desenvolvido pelos bolcheviques na antiga União Soviética (...) Só então [a partir de 1985] passou a contar com o médico de família com formação adequada como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde.

A Europa ocidental, e especialmente a Inglaterra, é precursora desse modelo, que tem como objetivo não apenas otimizar custos mas, principalmente, aprimorar o acesso do paciente de forma longitudinal (ao longo da vida), coordenada e integral. Para isso, é necessária muita tecnologia, não aquela dos tomógrafos e exames laboratoriais, que também são fundamentais quando bem usados, mas conhecimento científico apropriado à atenção primária, relação médico paciente e trabalho em equipe. Inglaterra, Portugal, Espanha, Noruega, Suécia, Holanda, Canadá, Dinamarca e Austrália são alguns dos países com sistema de saúde público forte que adotam o modelo há alguns anos. A pesquisadora Barbara Starfield, professora Emérita da John Hopkins University, tem demonstrado que países com maior proporção de médicos de família e comunidade em relação ao total de médicos têm melhores resultados. (GUSSO e ZAMBON, 2008)

Além da incorporação do médico de família, outro dado, também novo, na definição da equipe mínima, é a incorporação dos agentes comunitários no trabalho em saúde, partindo da premissa de que o papel dos agentes deve ser o de um elemento da comunidade, fomentador de transformações nas práticas de saúde e não o de um executor de ações de enfermagem ou do Serviço Social. Mas a incorporação do Agente Comunitário de Saúde - ACS na equipe do PSF e as atribuições que lhes foram conferidas não são questões consensuais e sobre elas são feitos vários questionamentos.

Cientes que essa questão não se esgota aqui, pela complexidade que assume, torna-se fundamental e urgente aprofundar a discussão sobre a forma de contratação dos ACS e a regulamentação das demais categorias de nível técnico.

Avalia-se que o papel dos ACS no PSF, constituindo-se como elo importante entre a equipe de saúde e a comunidade – vez que como regra ele reside na área, conhece a população e as suas características –, torna-se fundamental como “meio” para a obtenção de informações valiosas para toda a equipe. A atribuição desse papel a um agente de formação “menor” tem contribuído para a discussão sobre os

“poderes” de cada profissional e as atribuições de cada um, o que também tem impactado os processos de trabalho. No entanto, a sua inserção enquanto trabalhador necessita ser reavaliada, deixando claro o papel desse “elo e fonte de informação”, mas respeitados os seus direitos.²² Bravo e Matos (2007, p. 105) assim se posicionam sobre a questão:

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

Ainda segundo o Programa, as equipes devem atuar em um território definido e a Unidade de Saúde da Família deve ter caráter substitutivo, ou seja, com o eixo centrado na vigilância à saúde, transitar das práticas denominadas “convencionais” de assistência para um novo processo de trabalho. (BRASIL, 2000)

O ESF tem como principal matriz teórico-metodológica o conceito de vigilância à saúde, a qual é considerada por Campos (2003) como ‘eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde’, pois possibilita relacionar os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação do processo saúde-doença, sejam eles determinantes biopsico- sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e/ou sanitários. O referido autor também destaca que essa matriz entende o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo, sendo o princípio da territorialização a sua principal premissa (UFSC, 2007, p.11 e 12).

Além da mudança do eixo das práticas, coloca-se como princípio a atuação em um território definido com criação de vínculos entre os profissionais e a

²² A Prefeitura de Aracaju, através da Secretaria Municipal de Saúde, realizou, em janeiro de 2009, processo seletivo simplificado para provimento de 100 vagas de Nível Fundamental para Agentes Comunitários de Saúde.

população, como forma de garantir o acesso e a resolutividade. Desta maneira, os processos de trabalho, em princípio, devem assumir novas características, tendo em vista a ação em equipe multiprofissional e as possibilidades de, em tese, constituírem-se outras relações entre os profissionais e trabalhadores da saúde. Estas novas relações, horizontais, podem romper com a hierarquia da ação de um profissional, geralmente do médico, sobre os outros profissionais, em um processo de incorporação de novos saberes, de compartilhamento desses saberes e poderes entre os diversos membros da equipe e o estabelecimento de novas relações técnicas e sociais em constante inter-relação. O trabalho em equipe e as mudanças operadas nos processos de trabalho constitui, ainda, um grande desafio, considerando o processo histórico de construção do trabalho em saúde e a autonomia de suas práticas, especialmente na forma liberal de produção de serviços. Apesar de denominado programa, a idéia, então, é que o PSF funcionasse como uma grande estratégia de implementação dos princípios do SUS e instrumento impulsionador de mudança nos saberes e fazeres dos profissionais e trabalhadores da saúde inseridos nos serviços, provocando, nesse sentido, também as instituições formadoras.

Especialmente com a criação do PSF, também as discussões sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, têm alimentado a literatura, a partir da introdução, nessa conjuntura, “oficial”, mas não nova, do trabalho em equipe e da necessidade de diálogo e articulação dos vários saberes no sentido de garantir a integralidade da assistência; romper com o processo de conhecimento fragmentado e altamente especializado que se expandiu com o capitalismo.

Segundo Peduzzi (2007), a questão da fragmentação, aliada à complexidade dos objetos de intervenção e dos serviços de saúde, trouxe ao centro da cena a temática da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, e a necessidade de organização dos serviços em equipes multiprofissionais, em lugar do trabalho individual e isolado de cada profissional. Ainda, esclarecendo os conceitos e definições que implicam no trabalho em equipe, no processo de construção do conhecimento sobre os objetos do trabalho, e que têm sido tema constante nas capacitações das ESF's, temos que:

[...] o nível em que a colaboração entre as disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida. [Por sua vez] a transdisciplinaridade refere-se à de fusão de determinadas disciplinas com a subsequente condensação destas em um novo campo do saber diferenciado e independente. Ou ainda, a coordenação de todas as disciplinas do campo sobre a base de uma axiomática geral compartilhada, com a criação de um campo de autonomia disciplinar e teórica ou operativa próprias. Trata-se de um sistema de dois níveis e objetivos múltiplos, cuja coordenação tende à finalidade comum dos sistemas (JAPIASSU, 1976, apud UFSC, 2007, p. 27).

A partir dessas breves pontuações sobre o trabalho em equipe e o processo de produção do conhecimento, ou partilhamento do saber que pode nele operar, torna-se fundamental entender como a produção do conhecimento, historicamente, ocorreu no campo da saúde.

A análise da historiografia do trabalho em saúde revela que o trabalho que atende às necessidades de saúde é uma das mais antigas formas de trabalho social. As transformações na base da estrutura social e a transição para o capitalismo, desde o século XVI, determinaram uma nova racionalidade técnico-científica e, conseqüentemente, uma nova racionalidade médica. Mendes-Gonçalves (1992) afirma que essa nova racionalidade médica foi uma das mais importantes da modernidade e deveu-se, não fundamentalmente a um movimento intelectual, mas às novas “necessidades sociais” emergentes com o capitalismo. Esse mesmo autor identifica, na prática médica moderna, dois grandes eixos: a) a Clínica, que individualiza o normal e o patológico no espectro corporal humano, rompe com as conexões sociais deste ser humano e o reduz à condição de indivíduo biológico; b) a Epidemiologia, com recorte no coletivo, objetiva controlar a doença em escala social mais ampla. Apesar desses dois eixos ou concepções definirem de forma diversa o seu objeto, elas não são antagônicas, mas complementares, uma vez que,

À medida que a Clínica logra difundir a idéia de doença como atributo individual, complementarmente, a Epidemiologia estará instrumentalizando as práticas que, institucionalizadas progressivamente nos aparelhos estatais de Saúde Pública, cumprem a função de mitigar os efeitos “acidentalmente” danosos que a forma de organização social da vida acarreta aos indivíduos (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.80).

Do século XVI ao XX houve a hegemonia do saber epidemiológico, a partir de quando passou a hegemonia ser do saber clínico, com a expansão e consolidação do capitalismo. A partir da segunda metade do século XX, o saber clínico passou a ser questionado por seu alto custo e sua baixa eficácia. Esses saberes coexistem até a atualidade: a epidemiologia na saúde pública, representada especialmente pelo saber sanitário, e o saber clínico, com intervenção no corpo individual. Apesar dos diversos alertas sobre a complementaridade deles, o que se observa é que eles pouco dialogaram e trilharam caminhos relativamente “autônomos”, cada um estruturando campos de conhecimento e processos de trabalhos também diferentes e relativamente autônomos.

Teixeira (2006), ao fazer análise dos modelos de atenção à saúde construídos no âmbito do SUS,²³ suas diferenças, divergências e possíveis confluências, afirma que tendo em vista a complexidade que envolve o campo da saúde, nenhuma dará conta sozinha de promover as mudanças requeridas, de abarcar todas as dimensões que atravessam esse campo, uma vez que:

[...] cada uma delas enfoca aspectos parciais desse processo, qual seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das ‘micro-práticas’, tanto em termos de conteúdo quanto em termos de forma de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários [e aponta como determinantes das diferenças] seu contexto de origem, os fundamentos filosóficos e teóricos que embasam cada uma delas, o conteúdo mesmo das propostas apresentadas e o grau de permeabilidade, de diálogo, entre elas na prática, isto é, a possibilidade de conjugação e articulação das propostas em situações concretas no âmbito do SUS, principalmente ao nível local. (micro-regional, municipal e\ou distrital (TEIXEIRA, 2006, p. 30)

Assim, observa-se que a efetivação do trabalho em equipe pressupõe, minimamente, uma atitude multidisciplinar, o que requer, além da incorporação e assimilação pelos profissionais dessa proposta e suas concepções, ou seja, que sejam implementadas mudanças no nível do micro-trabalho, que haja uma articulação e coerência também no nível da “macro-política”, do modelo de atenção

²³ Além de Teixeira (2006), também Silva Júnior (1997) fez estudo com esse objetivo.

a saúde, e a incorporação, também nesse nível, do diálogo entre os vários saberes e propostas.

Mesmo tendo assumido enquanto política estratégica, a implementação do PSF, como já afirmado, há discussões e avaliações bastante divergentes entre os estudiosos e trabalhadores da saúde implicados na luta pela construção do SUS e na defesa permanente de seus princípios, especialmente no que se refere à universalidade e integralidade. Os questionamentos, como já pontuado, centram-se na tese da focalização das ações e nas características de seletividade, o que romperia, na prática, com o princípio da universalidade.

No entanto, a adoção dessa estratégia e os impactos por ela produzidos, especialmente no que se refere à alteração dos indicadores de saúde, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte, têm alimentado a literatura sobre o tema.

O Programa Saúde da Família (PSF) mantém essa marca que está consagrada, mas desde 1998 se tornou uma estratégia de Estado e se consolidou como modelo para reorientação da atenção primária (ou atenção básica) brasileira. No relatório de 2008 da Organização Mundial da Saúde, o Brasil é citado 18 vezes, sendo o grande destaque justamente o PSF, que é visto como exemplo para outros países.

Diversos estudos publicados em revistas científicas reconhecidas internacionalmente comprovam a eficácia da estratégia. James Macinko e colaboradores publicaram um estudo em 2006 demonstrando que o incremento de 10% das equipes do PSF leva a uma queda na mortalidade infantil de 4,6%, só perdendo para alfabetização materna. O Brasil já diminuiu a mortalidade infantil para 20,34/1.000 e, se continuar nesse ritmo, atingirá a meta do milênio já em 2011, com quatro anos de antecedência. (...) o PSF atingiu 29.239 equipes, cobrindo 49,44% da população brasileira. (dados de outubro de 2008, disponíveis em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza-cadastro.php>) (GUSSO e ZAMBON, 2008).

As avaliações divergentes sobre o PSF, sobre sua natureza, eficácia e eficiência, como afirmado, têm provocado um crescimento da literatura e de pesquisas sobre o tema. Após 10 anos de sua criação, recente pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de verificar a evolução do processo de implantação do programa no Brasil, entre 1998 a 2001, concluiu:

Os resultados apresentados demonstraram, primeiro, a grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, pelo progressivo aumento do número de municípios, estados e regiões no país e ampliação da cobertura nos municípios. Cobrindo, em 2001, 70,1% dos municípios brasileiros, este processo foi heterogêneo nas diferentes macroregiões. Segundo, ao contrário do que era esperado, a análise dos dados permitiu identificar que a adesão dos municípios maiores ao Programa foi precoce. Observamos que, no período até 1999, o PSF foi implantado em 100,0% dos maiores municípios de 17 estados e em quase 70% dos municípios com mais de 500.000 habitantes. Terceiro, a implantação do PSF foi bastante expressiva nos municípios de gestão plena do sistema, alcançando 83,7% desses municípios em 2001. E, por fim, houve uma grande ampliação em municípios pequenos nos últimos anos, onde o PSF tem sido implantado com altas coberturas populacionais. (MEDINA, M.G., PEREIRA, R.A.G., HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V., 2003)

Para maior clareza sobre a complexidade e heterogeneidade que caracterizou o processo de implantação do PSF no Brasil, torna-se necessário entender que essa estratégia, na perspectiva da reorientação da atenção básica, da garantia da equidade e do acesso, tornou-se grande atrativo para os gestores de pequenos e médios municípios, que, pela “menor complexidade”²⁴ de estruturação dos sistemas municipais de saúde e, ainda, com a garantia da obtenção dos recursos, encontraram maiores facilidades em atingir a cobertura populacional e substituir a rede tradicional de assistência em rede de saúde da família. Por outro lado, a pesquisa revela que nos grandes centros, em cidades com população acima de 100.000 habitantes, a eficácia e eficiência do PSF continuam sendo dados questionáveis. Geralmente nesses municípios as USF's não constituem toda a rede básica, não são a única porta de acesso ao sistema, mas geralmente uma pequena parte e estão situadas nas áreas de maiores riscos epidemiológicos e sociais.

Além desse, outro aspecto situado como fator que limita a integralidade da atenção é a não estruturação das redes de assistência, limitando-se, as ações, somente à rede básica. Outra pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre o monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família nos anos 2001 e 2002, fase bem inicial da implantação, revela dados que reforçam essa preocupação e necessidade.

²⁴ Níveis de complexidade são “os limites para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo a diversificação das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência com que ocorrem” (BRASIL, 2004a, p. 74).

Um dos maiores desafios a serem vencidos para reorganização do Sistema Único de Saúde é a construção de redes assistenciais que garantam serviços básicos resolutivos e continuidade da atenção, mediante a oferta organizada de serviços de média e alta complexidade, assegurando o acesso ao sistema segundo as necessidades da população (...) Apenas cerca de metade das equipes dispunham do elenco do exame completo de patologia clínica, essenciais para o apoio diagnóstico na atenção básica, com situações mais precárias em estados das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (...) Os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. (BRASIL, 2004b. p. 24).

Assim, somente a estruturação da atenção básica revela-se como insuficiente para o atendimento de todas as necessidades de saúde, requerendo que o município estruture devidamente, ou garanta em outros municípios, todos os níveis de assistência. As pesquisas demonstram, assim, que a substituição total da rede é a que gera maior impacto, quando a estratégia está inserida enquanto política de assistência para um município, ou seja quando toda a rede básica é estruturada em Unidades de Saúde da Família - USF e ela

(...) representa o primeiro contato da população com o serviço, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p 11 a 12).

A proposta de reorientação da atenção básica, através do PSF, em um país que consolidou seu modelo de assistência baseado na assistência médica da Previdência, tendo o hospital como um dos espaços terapêuticos mais importantes, constituiu um grande desafio, especialmente considerando que o maior volume de recursos, ao longo de décadas, esteve destinado ao atendimento nos outros níveis de atenção.

Apesar de essa ser uma das reivindicações e metas da Reforma Sanitária, a sua definição em um contexto de encolhimento das políticas sociais e do Estado, causa, no mínimo, estranhamentos e incertezas quanto ao seu cumprimento.

No entanto, o que se observa é que os custos e o montante de recursos investido no Programa têm crescido e, em 2005, correspondeu a R\$ 2.679.270 Milhões.

Ademais, tem sido crescente o investimento na Atenção Básica, que tem evoluído consideravelmente, principalmente a partir do ano 2000 (DATASUS/2007).

Nesse contexto, apesar dos limites e da anunciada dificuldade dos gestores, principalmente dos pequenos centros urbanos das regiões mais afastadas, em formar as equipes, geralmente pela falta do médico, os dados revelam ainda que é crescente o número de ESFs existentes atualmente no país, que grande parte da população brasileira tem acesso a esse tipo de assistência e que grande número de profissionais de saúde está nela envolvido.

Apesar dos dados aqui coletados em sua grande maioria apresentarem o PSF como uma proposta com impactos positivos nos indicadores de saúde da população brasileira, analisar seus componentes a partir de cada realidade específica é o desafio para os estudos e pesquisas.

Certamente que, apesar das pesquisas evidenciarem as experiências exitosas que assumem a concepção de atenção primária como “(...) o primeiro contato do serviço de saúde com a comunidade, a família e o indivíduo, sendo enfocados nesse nível os principais problemas de saúde e desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde” (BARROS, 2003, p. 98), dentre os diversos municípios que aderiram à proposta, vários deles assim o fizeram somente na perspectiva de busca de recursos, sem a preocupação em desencadear uma mudança mais efetiva do modelo assistencial hegemônico e na organização da assistência à saúde. Restringem-se, assim, a intervenção na rede básica, com mera ampliação quantitativa desses serviços, mas não garantindo o acesso e/ou a resolutividade.

Tal questão torna-se, ainda, um empecilho ao princípio da integralidade, uma vez que o PSF não é “um modelo” assistencial, mas somente uma forma, entre tantas outras, de organização da atenção básica. A análise dessas experiências fatalmente indicará que nelas a concepção de atenção primária é a que a visualiza como programa específico, voltado para as populações carentes, o que desvirtua os objetivos de universalização, integralidade e equidade. (MORAES, 1997)

Por sua vez, a adoção de modelos assistenciais, definidos como a forma de organizar a produção de saúde em cada local, não são formas de produção neutras, envolvem componentes políticos importantes, definidos segundo a correlação de forças em cada localidade, envolvem uma composição entre saberes tecnológicos, conceitos de saúde e doença, e seus determinantes, que interagem com as relações de trabalho e com a participação popular e expressam-se como projetos políticos. (CECILIO, 1997) A definição do modelo assistencial para um local específico depende, assim, do projeto político específico, que se constrói em uma arena de disputa, de acordo com a correlação de forças estabelecidas e em movimento.

Um dado favorável à continuidade da reforma sanitária brasileira, é que, apesar do SUS e do PSF terem sido criados em um contexto desfavorável à ampliação das políticas sociais e à garantia de direitos, é crescente, na década em curso, das denominadas administrações democráticas e populares, com o discurso do avanço da Reforma Sanitária e com o desenvolvimento de experiências que apostam na efetiva organização de todas as modalidades assistenciais, também da rede básica através do Programa de Saúde da Família.

Essas experiências e os impactos positivos produzidos são dados que refutam qualquer análise apriorística sobre o PSF. Como o próprio processo de descentralização da saúde no Brasil, este também é heterogêneo, complexo e contraditório.

CAPÍTULO II. OS TEMPOS E OS MOVIMENTOS EM UMA “ALDEIA”: A REFORMA SANITÁRIA EM SERGIPE E AS BASES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU.

A Reforma Sanitária em Sergipe, como no Brasil, tem seus primeiros registros históricos no contexto dos anos 1970, com os sinais de esgotamento do regime militar e de ressurgimento dos movimentos sociais no cenário político.

No entanto, mesmo com a clareza dos aspectos históricos que marcam a formação social brasileira como um todo, e que caracterizam o nosso país, entende-se que o que acontece em Sergipe não é um simples reflexo das experiências desenvolvidas em todo o país.

As particularidades desse movimento e a forma que o PSF assume em cada estado, em cada local, a partir das características específicas de cada projeto político e da correlação de forças expressas e em movimento, resultam em formas diferenciadas desse movimento se processar, da implantação do SUS, no final da década de 1980, do PSF, no início dos anos 1990, e da inserção dos diversos profissionais nas equipes de saúde, particularidades essas que devem ser observadas e analisadas para que seja possível uma configuração mais aproximada do real sobre as possibilidades e limites de cada um.

Essas características e especificidades devem ser buscadas na formação histórica de cada contexto estudado, com a clareza de que a construção de uma sociedade é um processo complexo que incorpora em si várias dimensões, complementares e contraditórias. Nessa história, dominação e resistência compõem o quadro e instituem o dissenso. Duas dimensões cujas origens devem ser buscadas na própria construção histórica dessa sociedade.

Assim, o objetivo do presente capítulo é fazer uma breve pontuação sobre a formação histórica de Sergipe, a organização dos trabalhadores e estabelecer, a partir daí, as bases do movimento pela reforma sanitária, da implantação do SUS e do PSF neste estado, e especificamente em Aracaju.

2.1. Breves pontos sobre a história de Sergipe e a organização dos trabalhadores

A formação histórica do Estado de Sergipe, que atualmente possui um território de 28.035 Km², revela um processo marcado por intensos conflitos e lutas entre os indígenas que aqui viviam e o colonizador europeu. Durante o período que vai de 1534, quando as terras que se estendiam da foz do rio São Francisco à Ponta do Padrão na Bahia foram doadas a Francisco Pereira Coutinho, até o ano de 1590, ano em que ocorreu a efetiva conquista de Sergipe, após a tomada das aldeias indígenas que eram contrárias à ocupação e foi fundada a cidade de São Cristóvão, índios, portugueses, franceses e holandeses lutaram intensivamente pelo domínio do território.

Segundo Santos e Oliva (1998) a necessidade de conquista e dominação do território de Sergipe possuía caráter preventivo e pode ser sintetizado em dois eixos: garantir a comunicação entre as capitanias da Bahia e de Pernambuco, com a construção de estradas para viabilizar a circulação de correspondência oficial e o escoamento de mercadorias, e exercer o controle militar sobre Sergipe, como forma de garantir que o território sergipano não se tornasse refúgio para quilombos e corsários franceses.

No entanto, o projeto português de domínio do território sergipano enfrentou outros dois importantes obstáculos. O primeiro deles foi a ocupação holandesa no Brasil, que fez com que o território sergipano se tornasse palco de disputa, verdadeira praça de guerra, entre holandeses e portugueses. Nessa disputa, Sergipe teve sua economia praticamente dizimada, com seu rebanho bovino, sua maior riqueza, quase que totalmente destruída. A disputa entre o “Brasil holandês” e a “resistência portuguesa” na Bahia deixou a capitania de Sergipe D’El-Rei em estado de completo abandono, o que pode ter reforçado o poder local, alimentado o desejo de autonomia e iniciado o acirramento entre as forças políticas e econômicas de Sergipe e da Bahia.

O segundo obstáculo encontrado – agora no plano interno –, em terras de Sergipe D’El-Rei, dentro do projeto português de colonizar todo o litoral nordestino foi a incrível resistência dos índios, liderados principalmente pelos caciques Serigi,

Baepeba, Pacatuba, Japaratuba, Siriri, Surubi e Aperipê, entre tantos outros. Em um cenário de lutas, mortes, conquistas e dominação, os atores aí se movimentavam objetivando a preservação, ocupação e autonomia sobre o território.

Essa constitui a primeira referência histórica, em território sergipano, de luta e resistência ao processo de colonização. A resistência dos índios contra a dominação e colonização das terras de Sergipe D'EL-Rei constituiu a primeira de uma série contra o processo inicial de formação do pequeno estado de Sergipe, marcado pela constituição de uma sociedade com práticas de poder e mando, geralmente com o uso da violência e perseguição política, em que prevaleceram os interesses dos senhores de engenho, proprietários de terras e gado, em detrimento dos interesses dos demais grupos da sociedade, como os mestiços, os negros e os pobres, estes geralmente aliados das discussões e decisões políticas.

Essas relações de poder e dominação permearam a sociedade de forma tão intensa que encobriram alguns aspectos da formação da sociedade sergipana. Algumas características da economia, no período inicial de configuração da capitania de Sergipe, assentada inicialmente não na agricultura canavieira, como nos estados vizinhos, mas na pecuária, tendo em vista sua importância econômica, permitiu a incorporação de alguns elementos democráticos nessa formação.

Esse “caráter mais democrático” da sociedade sergipana, no início de sua constituição, pode ser explicado pela importância da pecuária, base inicial de sustentação da sua economia, pelas características específicas que essa atividade econômica assumiu e os desdobramentos que ela provocou, uma vez que

(...) o fato de pessoas sem muito recursos terem acesso à terra através da posse de sesmarias e da atividade utilizar mais o serviço de homens livres que de escravos teria contribuído para a formação de uma sociedade rústica, pouco hierarquizada e mais democrática do que aquela que viria a formar-se posteriormente nas áreas produtoras de açúcar. (SANTOS e OLIVA, 1998, pag.34)

No entanto, se a pecuária foi expandida para Sergipe antes mesmo da sua conquista e manteve-se como atividade mais importante até a primeira metade do século XVIII, o que permitiu um caráter mais democrático na organização da sociedade sergipana, pelas características específicas que essa atividade

econômica assumiu, convém, para uma leitura mais cuidadosa sobre a questão, apreendendo-a nos seus diversos aspectos, observar o pacto feito com os dominadores, que deveriam ser “compensados” pela tarefa árdua de “domesticação” dos nativos, o que estabeleceu um processo extremamente desigual de distribuição de terras.

Lembramos, no entanto, que além de as terras de Sergipe terem sido distribuídas inicialmente entre soldados que acompanharam Cristóvão de Barros nas lutas de conquista, grande parte delas foi cedida a membros da família Garcia d'Ávila, ricos proprietários baianos, ligados ao setor de pecuária. Além disso, enquanto a maioria dos sesmeiros recebia pequenos lotes, aqueles que demonstravam já possuir recursos eram contemplados com a posse de áreas maiores, às vezes tão grandes que o proprietário sequer chegava a ocupar toda a terra compreendida na sesmaria. Com a expansão da lavoura canavieira a partir do século XVIII, tal política de distribuição das terras sergipanas evoluiu de forma a assegurar o predomínio da grande propriedade na economia local. (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 34)

Assim, se um lado da moeda revela a constituição de características democráticas na formação da sociedade sergipana, o outro lado revela elementos que garantiram a concentração do poder econômico, através da concentração da terra, que por sua vez desdobram-se na concentração do poder político, principalmente a partir do século XVIII, quando a agricultura canavieira passou a constituir o centro da nossa economia. Esses outros elementos diluíram as características democráticas, apesar de não extinguí-las, nas relações sociais estabelecidas.

Com a Proclamação da República, mesmo com mudanças importantes acontecidas na sociedade sergipana, a base da economia continuava essencialmente agrícola, voltada para a exportação, nesse momento assentada principalmente na agricultura canavieira²⁵ e na produção do algodão.

Os principais movimentos políticos hegemônicos do Estado continuavam a representar e defender os interesses dos proprietários rurais, sem que acontecessem mudanças profundas nas estruturas econômicas e de poder uma vez que “(...) os monarquistas aderiram ao novo regime, alijando os setores médios” (GRAÇA, SOUZA e CERQUEIRA FILHO, 2002, p. 68).

²⁵ No início da República, Sergipe era o segundo maior produtor de açúcar do nordeste, perdendo somente para Pernambuco.

Em Sergipe, como no Brasil, a concentração do poder econômico foi elemento determinante para a concentração do poder político. Assim, os arranjos e rearranjos favoreceram a hegemonia dos grandes grupos econômicos, estes geralmente alinhados à política dos coronéis, com disputas eleitorais extremamente violentas, especialmente nos municípios do interior, nos quais o controle da gestão garantia o mando local e a permanência e/ou alternância no poder.

No final do século XIX, apareceram com maior relevo alguns elementos que permeavam a sociedade capitalista na conjuntura do pós-30, que caracterizavam a contradição capital/trabalho naquele momento e deram visibilidade à questão social.

Esses elementos estavam sendo estruturados, em Sergipe, a partir do fim da Guerra de Secessão nos Estados Unidos (1861-1865), quando a produção do algodão destinava-se ao comércio local e ocorreu a implantação das primeiras indústrias têxteis em território sergipano.²⁶ Essa atividade cresceu no início do século XX, com a nova expansão da produção de algodão e a liberação de mão de obra do campo²⁷ tendo em vista a modernização da produção do açúcar, devido às mudanças que já vinham sendo observadas no capitalismo mundial.

Desde o final do século passado é possível observar uma redução dos números de engenho bangüês e a incrementação de números acentuados de usinas, com redução de postos de trabalho e, portanto, liberação de mão-de-obra. Nesse tocante, das duas fábricas têxteis existentes no final do século XIX, com 780 postos de trabalhos, chega-se, em 1918, com oito fábricas e 3.674 postos de trabalhos, que atingira, em 1934, a quantidade de dez fábricas, com 5.682 postos de trabalho. Dessa maneira, esse será o setor que ocupará maior quantidade de postos de trabalho, tornando-se assim, nos moldes da organização fordista, uma categoria de grande importância. (ROMÃO, 2000, p. 32)

Como visto, o cenário sergipano sofreu mudanças importantes de 1534 ao início da República, mudanças essas que se processaram com maior intensidade nos períodos posteriores, como o crescimento da classe média, dos trabalhadores

²⁶ Nesse momento, existiam duas fábricas de tecidos: uma em Aracaju, a Sergipe Industrial, criada em 1884, e a outra na cidade de Estância, a Companhia Industrial de Estância, criada em 1896. Empregavam, as duas, 780 operários (Almeida, 1999).

²⁷ A nascente indústria sergipana, deparou-se com algumas barreiras na absorção da mão-de-obra, vez que, com a abolição da escravidão e a migração em massa para os centros maiores em busca de melhores condições de vida, e com os problemas gerados a partir daí, procurou-se prender essa mão-de-obra no campo. Com esse objetivo, em 1905, foi criado o Código Rural, através de decreto estadual, que definia as bases do contrato de trabalho e algumas medidas que obrigavam o trabalhador a cumprir suas atividades (ALMEIDA, 1999).

urbanos e dos operários, principalmente da indústria têxtil, que, em 1920, empregava 81% dos operários sergipanos (ROMÃO, 2000, p. 51). Além das usinas de açúcar e das fábricas de tecidos, o crescimento da indústria era observado também em outros setores, com a existência de “(...) pequenas fábricas de descaroçar algodão, de óleo de coco, de sabão, beneficiamento de arroz, fumo, curtume e outras, voltadas para o consumidor de baixa renda”. (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 80)

Essas mudanças na economia não significaram mudanças no padrão de vida dos trabalhadores, que estavam, cada vez mais, imersos em precárias relações de trabalho, com baixos salários e excessivas jornadas, situação essa que era agravada pela ausência do Estado na garantia de alguma proteção, e levou os trabalhadores a buscar formas de garantia de ajuda e proteção. Assim, no final do século XIX, antes mesmo da abolição da escravidão em nosso país, foram criadas algumas organizações que nasceram sob a forma de associativismo e mutualismo, agregando não somente operários ou outras profissões não tipicamente operárias e objetivam prestar assistência aos trabalhadores e suas famílias em épocas de infortúnio como doenças, invalidez, desemprego e amparo às viúvas. Segundo os registros históricos, essas organizações em Sergipe estão entre as primeiras que foram criadas em todo o país.²⁸

Romão (2000) considera a composição dessas organizações presentes na sociedade sergipana como “embriões” de organização dos trabalhadores. Afirma que, algumas delas “(...) nascem, na maioria das vezes, de forma espontânea, visam a auto-defesa e chegam, em alguns casos, a fazer reivindicação” (p. 50), assumindo também o caráter de resistência, como forma de melhorar as condições de trabalho e existência.

Almeida (1999), por sua vez, ao pontuar sobre a existência dessas organizações no Brasil, coloca que a afirmação que elas originaram o movimento sindical não é consensual entre os pesquisadores, nem entre as diversas correntes de pensamento e tendências existentes no movimento sindical. Segundo essa

²⁸ Romão (2000) afirma que, no país, a primeira dessas organizações surgiu em Pernambuco, em 1836, que foi a Imperial Sociedade dos Artistas Mecânicos Liberais de Pernambuco. Em São Paulo a criação de sociedades mutuiárias aconteceu em 1873 e 1873, em número de três, e aglutinavam gráficos, artífices, componentes da colônia alemã e assalariados de diversas categorias (ROMÃO, 2000, p. 80 e 81).

autora, os anarquistas e comunistas discordavam desse pensamento e as colocavam como elemento conformador à ordem e não como formas de lutas e resistência.

Análise diferenciada sobre a questão fazia a tendência socialista defendendo a tese de que a organização deveria ampliar seu olhar para todas as dimensões da vida, além dos planos sindical e político, e sob este prisma essas organizações deveriam ser analisadas.

Acredita-se que essa discussão não é simples e tranquila, como também não é, entre os assistentes sociais brasileiros, a discussão se as denominadas “precursoras”, com seu trabalho, originaram ou não o Serviço Social no Brasil.

O dado objetivo é que tais formas de organização dos trabalhadores no Brasil e em Sergipe, em um contexto de adoção do liberalismo, de ausência do Estado na regulação capital/trabalho, com os trabalhadores e suas famílias sem proteção, constituem nesse momento, fator fundamental para os trabalhadores, que enfrentavam condições de trabalho degradantes, baixos salários e jornadas excessivas de trabalho.

Essas organizações, dos primeiros trabalhadores urbanos, sobreviverão, em Sergipe, basicamente até a década de 1930, quando ocorre o surgimento dos primeiros sindicatos de trabalhadores, enquanto que, nos estados vizinhos, essa era uma realidade desde 1912.²⁹

Os motivos para tal fato podem ser encontrados considerando-se que, em Sergipe, não foram vivenciadas experiências anteriores de organização referenciada na liberdade e autonomia sindical, uma vez que no estado não houve a presença do imigrante europeu com suas experiências de organização e luta política.

²⁹ Nesse ano, em Alagoas já é registrada a existência de, pelo menos, quatro sindicatos (ROMÃO, 2000).

Quadro 1 - Das Associações Mutuárias existentes em Sergipe a partir de 1871

Nome	*Período	Sede	Composição	Fins	Atividades
Sociedade Monte Pio dos Artistas	1871 até 1900	Laranjeiras			Mantinha Cursos noturnos
Sociedade Monte Pio dos Artistas	1875 até 1912	Aracaju	Artistas e operários	Mutuários	Mantém escolas
Monte Pio dos Empregados Provinciais	1881 até dias atuais	Aracaju	Inicialmente todos os funcionários públicos	Inicialmente apenas mutuários	
Associação	1891	Aracaju			Manteve o jornal "O Operário"
Club União Proletária	1892 até 1911	Aracaju	Pessoas de ambos os sexos	Mutuárias e eleitorais	
Sociedade União Operária Sergipana	1895 até 1896	Aracaju	Gráficos	Mutuários e de Resistência	Edita o Jornal "O Operário"
Sociedade Beneficente Socorros Mútuos	1896 até 1897	Aracaju		Mutuárias	
Associação de Práticos da Barra e Costa do Estado	1899 até 1915	Transformando -se continuamente	Vale do Cotinguiba	Trabalhadores	Inicialmente mutuários
Sociedade Beneficente União dos Artistas	1901				
Sociedade Auxílios Mútuos Amparo das Famílias	1901 até 1905	Aracaju	Plural, aglutina profissionais liberais, militares, donas de casa, trabalhadores.	Mutuários	

*Data de registro da existência. Na maioria dos casos, não consta relato do fechamento das entidades

Fonte: ROMÃO, 2000, p. 49.

Nesse momento, papel importante desempenhou a chamada imprensa operária no trabalho de articulação, mobilização e formação política dos trabalhadores, especialmente com o primeiro jornal operário, "O Operário", criado em

1891,³⁰ apesar da forma dúbia como conduzia suas lutas e posicionamentos sobre a política local e o socialismo (ROMÃO, 2000). Também outro jornal, “Voz do Operário”, teve importância na mobilização e organização dos trabalhadores sergipanos, este bem mais claro e firme na divulgação das idéias socialistas. (ALMEIDA, 1999).

No ano de 1895 surgiu a Sociedade União Operária Sergipana, a primeira que não tinha caráter essencialmente mutualista, congregando em torno de si exclusivamente os gráficos e artífices, o que a diferenciava das demais até então existentes. Essa organização, seguindo uma tendência de organização desses trabalhadores em nível nacional, questionava a situação de desigualdade estabelecida entre os grupos da sociedade e levantava bandeiras na defesa dos trabalhadores.

(...) o profissional gráfico surge no cenário de formação da classe operária brasileira como elemento imprescindível à sua organização. É um tipo privilegiado para a época estudada: uma época em que são raros os operários alfabetizados e que ainda não conta com meios de comunicação de massa. Estes profissionais, pela exigência de sua atividade, eram alfabetizados, de forma que desenvolveram e utilizaram, com infinitos resultados positivos, um dos poucos meios de comunicação da época: o jornal. Foi devido ao seu pioneirismo na atividade de organização das massas trabalhadoras que os operários gráficos tiveram grande destaque na história do trabalhador brasileiro (ROMÃO, 2000, p. 46).

A incipiente organização dos trabalhadores sergipanos, mobilizados principalmente pelo jornal “O Operário” resultou na criação, em 1911, do Centro Operário Sergipano - COS, considerado como uma das mais importantes organizações dos trabalhadores do período e que teve destacado papel na organização e luta dos trabalhadores sergipanos, com caráter essencialmente de resistência.

O objetivo do COS era articular os trabalhadores e fortalecer sua luta, o que fez até 1964. Foi imbuído desse propósito e com esse anseio que o COS, em 1921,

³⁰ - Existem imprecisões quanto a data de fundação do Jornal. Romão (2000) afirma que ele surgiu em 1891 e em 1896 ele foi reeditado pela União Operária sergipana. Almeida (1999) afirma que ele surgiu em 1896 e que em 1910 surgiu outro jornal com o mesmo nome. Este sofreu algumas interrupções, circulou até 1911 e voltou a ser reeditado no período 1915-1916.

pela primeira vez, articulou a greve que ocorreu na Fábrica Confiança, primeira e única do período, reivindicando a redução da jornada de trabalho para 8 horas.

Essa greve não foi dos operários têxteis da Confiança, mas dos pedreiros e carpinteiros que estavam trabalhando na ampliação da fábrica, submetidos à jornada excessiva de trabalho, apesar da já fixação, em lei, de oito horas de trabalho.³¹

O impasse da greve, diante da firmeza dos trabalhadores e a recusa dos patrões em respeitar a legislação, requisitou a interferência do Presidente do Estado, o que garantiu o pacto entre os trabalhadores e os patrões, para o cumprimento das reivindicações.

Após 38 dias a greve chegou ao seu final, vitoriosa. O apoio do COS foi fundamental para a articulação e mobilização solidária de outros segmentos produtivos, como os trabalhadores têxteis. A partir de então, intensa campanha contra este Centro foi desenvolvida pelo patronato no sentido de esvaziá-lo, com temporário êxito e prejuízo aos trabalhadores urbanos, que tiveram seu principal canal de aglutinação e articulação esvaziado.

Em 15 de março de 1918, sob a liderança do intelectual Florentino Menezes, foi criado o Centro Socialista Sergipano (GRAÇA, SOUZA e CERQUEIRA FILHO, 2002). Apesar da forte disposição dessa entidade na divulgação das idéias socialistas entre os trabalhadores, ela não teve vida longa e os registros das suas atividades constam somente as do mesmo ano de sua fundação (ROMÃO, 2000).

No início do século XX, especialmente a partir da década de 1910, foi acentuado o processo de industrialização em nosso país, com reflexos também em Sergipe, principalmente com a indústria têxtil.

A forma subordinada de inserção dos trabalhadores no processo produtivo, que tem como consequências as precárias condições de trabalho e de existência, além da tímida presença, nesse momento, das formas de proteção ao trabalho garantidas pelo Estado constituíram fatores que impulsionaram o grau de mobilização e organização dos trabalhadores, perceptível através da ampliação do número de entidades e organizações existentes a partir de então.

³¹ Em 1919 o Intendente da Capital estabeleceu o regime de oito horas para os diaristas responsáveis pela execução dos serviços públicos municipais.

Desta forma, em 1919 foi criada a Associação dos Empregados no Comércio de Sergipe, transformada em sindicato em 1941; em 1927 registra-se a existência da União dos Estivadores, da União Defensora dos Operários Ferroviários e a União dos Padeiros, que, nesse momento, se articulavam e realizavam assembléias conjuntas no Centro Operário Sergipano. Além dessas entidades, em 1928, foi criada a Liga dos Carroceiros e Carregadores de Aracaju.

Em 1927 aconteceu a greve dos operários ferroviários da Companhia Este Brasileiro, última greve da República Velha e uma das maiores do período. Essa greve durou 19 dias; reivindicavam contra os baixos salários, denunciando o desrespeito aos seus direitos e às degradantes condições de trabalho e conseguiram adesão dos ferroviários da Bahia (ROMÃO, 2000). Nesse contexto, essa adesão constituiu fator importante para a visibilidade da greve haja vista a importância desses trabalhadores, assim como dos trabalhadores marítimos e portuários, para a economia agro-exportadora, apesar da crise dos anos 1920.

No entanto, apesar da crescente organização dos trabalhadores sergipanos e das suas lutas, ao se tomar como parâmetro o processo em outros estados do nordeste, como Bahia, Alagoas ou Pernambuco, onde existiam grandes movimentos dos trabalhadores, impossível não reconhecer o caráter ainda embrionário desses movimentos em Sergipe, tendo em vista os “condicionantes estruturais do Estado Oligárquico” (DANTAS, 1992), com as relações de poder e mando concentrados nas mãos dos grandes proprietários de terra e o estabelecimento de relações essencialmente coercitivas com a população, especialmente com os trabalhadores.

Ante o exposto, demonstração clara das limitações do movimento operário sergipano que, inclusive, não se fez presente, enquanto organização coletiva, em nenhum dos congressos operários no período, é preciso registrar algumas conquistas dos operários em Sergipe: em 1919, consegue do governo do Estado a jornada de 8 horas para os operários e para os funcionários do estado. Em 1921, conquistam a mesma jornada da Intendência de Aracaju, garantem a não abertura do comércio aos domingos, conseguem a construção de moradias para os operários. Em 1921, mais uma vez, o governo do estado estabelece a jornada de 8 horas para parte do operariado. Todas elas representam vitórias expressivas da classe operária sergipana. (ROMÃO, 2000, p. 83)

Os movimentos surgidos em Sergipe, especialmente na década de 1920, não eram casos isolados e estavam situados no contexto de ampliação dos movimentos dos trabalhadores no período pós-guerra, com a instabilidade política durante a sucessão presidencial e a revolta dos militares, que, em Sergipe,³² apesar de suas fragilidades e lacunas, significou momento importante para repensar a “situação nacional”.

Tudo isso conformava um quadro de inquietações, no qual os trabalhadores, nele inseridos, denunciavam as condições de trabalho a que estavam submetidos e faziam a divulgação das idéias socialistas.

Nesse momento assistia-se o esgotamento das idéias liberais, quando o capitalismo mundial vivia o contexto da reestruturação fordista e no Brasil assistia-se a construção de um Estado forte e altamente centralizado, com a incorporação do corporativismo como forma de controle do movimento dos trabalhadores pela burocracia estatal, retirando sua autonomia com o objetivo de tutelar e fragilizar suas organizações, principalmente através da criação da legislação sindical e da regulação das relações entre capital e trabalho.

Como resultado desse processo tem-se a criação de uma estrutura sindical fragmentada por corporações, que impede a organização horizontal e por local de trabalho.

Percebe-se, ainda nesse contexto, principalmente em Sergipe, a permanência dos “velhos” traços que marcaram a formação brasileira, caracterizada pelo uso da violência, sem que sejam rompidas as estruturas latifundiárias. Na relação com o capitalismo internacional, observa-se o aprofundamento de um processo que destrói a autonomia do capital nacional, subordinando, cada vez mais, o país aos interesses do grande capital internacional. Um processo cada vez mais forte de negação da política, da fala e do dissenso (ROMÃO, 2006).

Assim sendo, os anseios de mudanças colocados a partir de 1930, em Sergipe, encontraram fortes barreiras na política local tendo em vista a continuidade das representações dos interesses dos proprietários de terra, vez que a base da economia ainda era agrária, voltada para o mercado externo, principalmente com o açúcar, apesar do crescente número de indústrias criadas, especialmente a têxtil.

³² Sobre o tenentismo em Sergipe, ver Dantas (1974 e 1983).

As condições de trabalho dos operários nas indústrias existentes eram extremamente perversas, com ambientes altamente insalubres, além das precárias condições sanitárias e de higiene. Ainda, as exaustivas jornadas de trabalho, apesar das lutas da década anterior e os baixos salários eram fatores de constantes mobilizações e denúncias dos trabalhadores nesse período.

Em junho de 1931 foi criado o primeiro sindicato de operários em Sergipe, o Sindicato dos Trabalhadores da Empresa de Tração Elétrica. A partir de então número significativo de sindicatos foram surgindo, chegando, em 1934, “(...) com 31 sindicatos, 3 delegacias sindicais, uma federação e um partido político dirigido por trabalhadores”. (ROMÃO, 2000) Esse é o ano em que surge o Sindicato dos Bancários de Sergipe e marca a volta da atuação do Centro Operário Sergipano.

Sobre o crescente número de organizações sindicais dos trabalhadores criadas no Brasil a partir de 1930, em Sergipe somente a partir de então, Martins (1981) observa que esse fenômeno deve-se a fatores exógenos e endógenos. Como fatores exógenos, ou seja, como fatores externos à organização sindical, e que produziram efeitos na forma de organização desse movimento, ele situa a nova legislação sindical e a relação paternalista do Governo Vargas (WEFFORT, 1978) que serviram como estímulo para tanto, não constituindo, nesse momento, um fator resultante do crescimento interno desse movimento. Antunes (1982), por sua vez, coloca que esse processo, a influência desse fator exógeno, ocorreu nas áreas com menor grau de industrialização, ou seja, o controle estatal na organização dos trabalhadores ocorreu inicialmente com maior força nas áreas com menor experiência de organização e sem expressiva combatividade, e foi, posteriormente, atingindo outras áreas com maior poder de organização e mobilização.

Sobre os fatores internos do movimento sindical e suas especificidades, que também contribuíram para as características do movimento sindical a partir de 1930, Leôncio Martins (1981) observa que a substituição da mão-de-obra imigrante pelo “trabalhador nacional” (ALMEIDA, 1999), esse geralmente de origem rural e com pouca experiência de organização; foi fator importante que contribuiu para a tutela das organizações pelo Estado.

Em Sergipe, além dos fatores enumerados acima, exceto a presença do trabalhador imigrante, o crescente número de sindicatos operários existentes deveu-

se também ao papel destacado do interventor Augusto Maynard Gomes³³ para que a legislação fosse cumprida. Este, simpático aos trabalhadores, com os quais fez, inclusive, alianças eleitorais, mediava as relações entre o capital e o trabalho. O interventor

(...) teve papel destacado na implantação em Sergipe da legislação social assumida pelo governo Vargas, no novo arcabouço jurídico institucional. Será sob o seu governo que as oligarquias perderão seu poder absoluto, 'facultando' o crescimento do envolvimento da sociedade civil nas decisões da política. (ROMÃO, 2000, p. 30 e 31).

O dado objetivo é que, no período de 1930 até idos dos anos 1935, há uma ampliação considerável do número de sindicatos e da mobilização dos trabalhadores que, sob a proteção paternalista inicial, ampliou seu espaço de ação e trilhou um caminho de construção de sua autonomia, principalmente a partir de 1933.

Diversos sindicatos realizaram mobilizações e greves em defesa de melhores condições de trabalho, contra os baixos salários e as jornadas excessivas, geralmente enfrentando a truculência e repressão por parte dos patrões. Foi nesse momento, em 1932, que aconteceu a primeira greve dos têxteis de Aracaju, bastante saudada por todo o movimento sindical, vez que esse segmento estava estruturado em Aracaju já algum tempo e não tinha realizado, até então, nenhum movimento grevista.

Em 1935 ocorreu, em Aracaju, o I Congresso Unitário Sindical de Sergipe, promovido pela Federação dos Trabalhadores de Sergipe, na trilha da construção da autonomia do movimento sindical, embora com poucos efeitos concretos. Sergipe, nesse momento já estava com outro governo, de Eronildes de Carvalho, ligado ao "grupo do açúcar" (ALMEIDA, 1999), que não era simpático aos trabalhadores e se relacionou com os grevistas e sindicalistas de forma cada vez mais truculenta.

Nesse mesmo ano ocorreu a 1ª Greve Geral de Sergipe que, envolvendo em torno de 3000 operários, enfrentou forte repressão policial. (ROMÃO, 2000, p. 124) Essa greve contrariava o modelo corporativo de organização sindical imposto pela legislação, mostrou a força do movimento sindical e confrontou o mando político local.

³³ Augusto Maynard teve papel importante no movimento tenentista em Sergipe, o que lhe rendeu a prisão após ter liderado esse movimento no Estado. Em 1930, foi nomeado por Getúlio Vargas para Governar Sergipe.

Assim que, em 1932, diversas lideranças sindicais, reunidas na sede do COS decidiram fundar a União Trabalhista Sergipana, considerado o primeiro partido operário de Sergipe.

Em 1934 foi criada a Aliança Proletária de Sergipe-APS que, diferente do primeiro, participou ativamente da vida política do estado e dos embates eleitorais, chegando a eleger, em 1935, o “primeiro deputado operário da história de Sergipe”, cassado no mesmo ano após a Intentona Comunista. Também nas eleições municipais a APS elegeu dois vereadores em Aracaju e um na cidade de Estância.

O interventor Eronildes de Carvalho, também por ocasião da Intentona Comunista, fechou a Aliança Proletária de Sergipe e prendeu diversas lideranças. A partir de então, a relação dos trabalhadores com governo local, esse agora ligado às oligarquias, sofreu brutal recrudescimento.

Além do embate com os integralistas e das posições do governo, o movimento operário teve que enfrentar também a ação da igreja católica que passou a desenvolver um papel de combate às idéias comunistas, com a criação do Círculo Católico Operário de Sergipe em 1935.

Por meio da disseminação da doutrina cristã de conciliação capital/trabalho ocorreu o ataque aos sindicatos e movimentos, contando com o apoio do movimento integralista. Esse conjunto de variáveis, principalmente no período compreendido entre 1935 e 1937, colocou, para o movimento dos trabalhadores, uma série de dificuldades (ALMEIDA, 1999).

Com o golpe de 1937, com o espaço parlamentar cerceado, houve uma tentativa de esfacelamento do movimento sindical, momento em que se assistiu maior regulação, pelo Estado, dos conflitos trabalhistas objetivando monitorar totalmente sua política. Essa função demonstrou-se de forma mais visível com o fechamento dos espaços democráticos e com o impulso da indústria nacional em nome de um projeto desenvolvimentista, quando os trabalhadores foram efetivamente convocados a protagonizar a construção das idéias nacionalistas.

No período do Estado Novo constata-se a consolidação da nova estrutura sindical e a destruição das poucas formas de organização autônoma dos trabalhadores que ainda resistiam.

Nos Estados da federação, *lôcus* privilegiado de implementação dessa política, os interventores foram investidos de maior poder, inclusive o de indicar os prefeitos municipais. Em Sergipe, sob a intervenção de Eronildes de Carvalho, que continuava governando, a cooptação e a repressão foram as formas predominantes de relação com os trabalhadores. Assim, para aqueles que se subjugavam eram concedidos os favores e benefícios. Para os que resistiam, a repressão.

Essas práticas sofreram mudanças sutis de forma no período entre 1941 a 1942, quando assumiu como interventor o Capitão Milton Azevedo, indicado por Maynard. O novo interventor, sem mudar a essência da política de controle da organização dos trabalhadores, manteve relações mais “amigáveis” com os trabalhadores e recompôs alguns direitos dos que foram presos e demitidos no período anterior, diluindo o autoritarismo e a repressão aberta.

Em 1945 Maynard volta ao poder, ficando nele até 1945. Nesse momento os anseios de um “retorno ao passado” foram logo dissipados.

Desta vez, apesar da preocupação em manter os trabalhadores no lado dos aliados, devido às restrições da conjuntura, principalmente o autoritarismo e a repressão, o interventor não canalizou as suas reivindicações. Aliado a isso, a organização dos trabalhadores, devido à repressão sofrida, encontrava-se fragilizada e esvaziada de um sentido de resistência que deu ênfase à forma populista dessa relação.

Nela, direitos não foram garantidos, mas os benefícios assistenciais foram ofertados em troca da cooperação e “bom comportamento”. Essa gama de fatores levou o “(...) interventor a repetir sua política populista, colaborando na construção da casa ‘Criança Operária’ e de casas populares, prestigiando o congresso realizado em 1944 e a manutenção do Centro Operário”. (ALMEIDA, 1999, p. 71).

Mas essa conjuntura sofreu também alterações importantes, principalmente no pós-guerra. O fim do Estado Novo anunciava que a sociedade, especialmente os trabalhadores, ansiavam por liberdades, posicionavam-se contra o nazi-facismo e a ditadura Vargas e retomaram o direito de se manifestar, esse contido pela política populista.

O breve intervalo democrático propiciou a reorganização partidária e, apesar da fragilidade da organização dos trabalhadores urbanos, observava-se o reinício de

suas reivindicações e tentativas de rompimento com a estrutura sindical oficial, principalmente com a criação do MUT, em 1945 (RODRIGUES, 1981). Esse intervalo democrático teve seu fim justificado pela guerra fria e pela necessidade de conter os ideais comunistas. Foi com essa justificativa que o Governo Dutra retomou o autoritarismo e a repressão contra os sindicatos e partidos políticos.

Em Sergipe, apesar da existência de algumas agremiações partidárias que defendiam o socialismo, como o PCB, a reorganização partidária não implicou em alterações significativas nos mandos do poder, vez que não alterou as forças dos grupos políticos, seus interesses e a forma de fazer política. Os novos partidos políticos foram a UDN, que fazia oposição ao governo, o PTB, o PSD e alguns partidos denominados “menores”, como o PCB.

Leandro Maciel, líder da UDN sergipana, foi se tornando o chefe político do estado. Seu maior apoio vinha dos criadores de gado, enquanto o partido rival, o PSD, representava principalmente os usineiros. A população de modo geral dividia suas simpatias por um ou outro dos partidos, de acordo com o chefe político que lhe desse proteção e empregos. O PTB foi forte principalmente na cidade de Estância e havia partidos menores mas muito lutadores como o Partido Comunista Brasileiro (PCB) que era importante em Aracaju, São Cristóvão, Maruim e Estância. (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 96)

Nos governos posteriores não existiram mudanças essenciais na política populista, com a organização dos trabalhadores urbanos ainda submetida à estrutura sindical criada por Vargas, com práticas distanciadas do conjunto dos trabalhadores.

Apesar de grande parte dos líderes sindicais agora exercitarem a militância partidária (ALMEIDA, 1999), as posições pendulares das organizações, entre a resistência e o caráter assistencial, fizeram com que as amarras impostas pela ideologia desenvolvimentista e pelo populismo continuassem.

Exemplos disso foram as tentativas de organização dos servidores públicos, com a criação da Associação dos Servidores Públicos, em 1946, e a União dos Empregados Públicos do Estado de Sergipe, em 1948. Essas organizações – efetivamente a primeira pois a segunda assumiu um caráter lúdico e assistencial –, desempenharam importante papel na organização desse segmento de trabalhadores

e da primeira greve dos funcionários públicos, ocorrida em 1963, com grande repercussão na sociedade sergipana, tendo em vista a proibição do direito de greve a esse segmento.

Em 1948 surgiram os primeiros cursos universitários em Sergipe e os estudantes secundaristas e universitários fizeram suas primeiras manifestações pela ampliação do número de escolas públicas e contra o alto índice de analfabetismo, uma vez que, apesar das mudanças ocorridas na sociedade brasileira nessa década, a política econômica adotada privilegiou o grande capital e resultou na concentração de renda e no aprofundamento das desigualdades, principalmente na região nordeste.

Sergipe, inserido nesse contexto, sofreu as consequências dessa política, apesar de algum investimento e desenvolvimento na infra-estrutura do estado. Em maio de 1968 foi instalada a Universidade Federal de Sergipe aglutinando as faculdades públicas e particulares existentes até então.

No final da década de 1950 a configuração do estado começou a sofrer alterações importantes, quando foram visualizadas a falência da produção açucareira e o crescimento da pecuária, caracterizando também mudanças nas relações sociais estabelecidas. Esse quadro é melhor visualizado a partir da década de 1960, quando aumentou o desemprego no campo e o número de pessoas que migravam para Aracaju em busca de emprego. Observou-se, a partir de então, o crescimento do setor de serviços e da indústria, principalmente a indústria de transformação, da construção civil e “em atividades industriais ligadas à exploração de calcário, petróleo, amônia, uréia, potássio e argila”. (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 108)

Com o aumento das inquietações sociais e o crescimento dos movimentos sociais da cidade e do campo, que denunciavam as consequências sociais das desigualdades, o Movimento de Educação de Base - MEB, em Sergipe, teve destaque especial.

Criado em março de 1961 em parceria firmada entre o governo federal e a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), visava à educação de jovens e adultos, com a experiência das escolas radiofônicas e o método “ver, vulgar e agir”. Este último método formulado pela Ação Católica - AC, dissidência da Juventude

Universitária Católica - JUC e de caráter mais engajado com as questões sociais, influenciou em vários aspectos as atividades do MEB.

As experiências das escolas radiofônicas já eram sentidas no nordeste, principalmente nos estados de Sergipe e Rio Grande do Norte, no final dos anos 1950. O surgimento da Rádio Cultura em Sergipe, no ano de 1959, foi o marco dessas escolas no estado. Daí por diante, o surgimento de rádios católicas, com finalidade educativa e evangelizadora, aumentou consideravelmente nos estados onde o MEB atuou, entre 1961 e 1994, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

O surgimento do MEB, articulado por D. José Vicente Távora, bispo da arquidiocese metropolitana de Aracaju e primeiro presidente da instituição, foi o reflexo de dois fenômenos que surgiam naquele momento: um momento de inclinação, por parte da igreja católica, para as questões sociais e a opção pelos pobres, especialmente entre 1961 a 1965, indo de encontro à doutrina Social da Igreja.

O segundo fenômeno é o surgimento dos movimentos de educação e cultura popular, tais como o Movimento de Cultura Popular - MCP e os vários segmentos deste em algumas regiões do país. Influenciados pelo método Paulo Freire e a necessidade de construir alternativas à “educação bancária e excludente”, esse fenômeno também apontava a necessidade de outros segmentos sociais refletirem os temas da educação e da cultura sobre outro prisma, a exemplo do Centro Popular de Cultura da UNE que, nessa perspectiva, realizava atividades artísticas e culturais.

A União Estadual dos Estudantes Sergipanos também criou o seu Centro Popular de Cultura, desenvolvendo ações que valorizavam e divulgavam a cultura popular do estado, reforçando o compromisso do movimento estudantil com o Movimento de Cultura Popular, o MCP.

Com a instauração do golpe militar, a amplitude das ações do MEB foi reduzida, mas sua configuração ideológica permaneceu intacta. As escolas radiofônicas sobreviveram fisicamente até o final da década de 1970, mas sua configuração político-pedagógica foi drasticamente alterada com o golpe militar especialmente com a criação do Movimento Brasileiro de Alfabetização de Adultos - MOBRAF.

Movido pela compreensão da alfabetização como uma meta a ser cumprida no menor espaço de tempo possível, o MOBRAL caminhou tanto para a maximização do combate ao analfabetismo como propaganda de Estado, quanto para minimalizar o caráter dialógico e transformador das ações do MEB.

O trabalho desenvolvido pelo MEB, de mobilização e conscientização popular, contribuiu para a formação dos primeiros sindicatos rurais de Sergipe e da criação, em 1963, da FETASE (ALMEIDA, 1999). Os movimentos sociais do campo, os movimentos religiosos da ala progressista da Igreja, davam visibilidades de desgaste da hegemonia dos grupos dominantes e suas agremiações, significando alerta aos chefes políticos locais, principalmente aqueles ligados aos proprietários de terras, contrários à idéia de redemocratização de sua posse.

Sergipe não teve Ligas Camponesas, mas a sua situação de estado decadente e o mais pobre do Nordeste, em 1962, provocou movimentação entre trabalhadores, estudantes e a população das cidades e até mesmo invasões de terra. Por isto o governador João Seixas Dórea apoiava a política do Presidente Jango e chegou a anunciar, em comício no Rio de Janeiro, que iria fazer a reforma agrária em Sergipe (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 105).

Como lembra Cruz (2002), a história do movimento de educação de qualquer sociedade, em especial o movimento estudantil, não pode ser analisada isoladamente, sem levar em conta a história da educação como um todo nesta mesma sociedade.

Para melhor nos situarmos no cenário do movimento estudantil universitário nesta época, dados da CAPES do ano de 1965 indicavam que o número de universitários em Sergipe correspondia a 0,45% da população do estado, muito abaixo do percentual nacional da época, que chegava na faixa do 1%. Este cenário pode ser explicado pelo atraso no surgimento de instituições de ensino superior em Aracaju, onde a primeira faculdade, do curso de Ciências Econômicas, surgiu apenas no ano de 1948.

Mesmo com o surgimento tardio das faculdades em Aracaju, as organizações estudantis universitárias logo apareceram. A primeira agremiação universitária fundada em Sergipe, o Centro Acadêmico Silvio Romero (CASR), surgiu em 1951, no mesmo ano da fundação da Faculdade de Direito, instituição pública federal.

A experiência política adquirida no movimento secundarista, em especial no Grêmio Clodomir Silva do Atheneu Sergipense, foi um elemento fundamental para esta precocidade na organização estudantil universitária no estado de Sergipe. Em dezembro desse mesmo ano, foi organizado o I Congresso de Estudantes de Sergipe, tendo representação dos estudantes universitários das instituições existentes no estado. No ano de 1953 foi organizado o II Congresso de Estudantes de Sergipe, em que foi aprovada a constituição da União Estadual dos Estudantes Sergipanos (UEES), que nasceu filiada a UNE e assim se manteve até sua extinção pelo regime civil-militar. Segundo documentos de sua constituição, esta era “(...) entidade máxima de representação dos estudantes de instituições de ensino superior do estado de Sergipe”. (UEES, 1954, apud CRUZ, 2002, p. 7)

A necessidade de lutar por uma Universidade de Sergipe já era sentida pela entidade recém-criada e as forças que a compunham na época.

O movimento compreendia que as faculdades, permanecendo isoladas, estariam muito expostas e fragilizadas, na eminência de fechamento a qualquer instante. Além deste apontamento o fato de que, em uma universidade, todos os cursos estariam em funcionamento em um mesmo local, o que facilitaria a articulação política dos estudantes e a realização atividades artístico-culturais em conjunto.

Em junho de 1962 ocorreu a primeira greve geral dos estudantes. Dentre as forças políticas presentes neste momento, com influência entre os estudantes, podemos destacar a Juventude Universitária Católica (JUC), o PCB, a Política Operária (POLOP) e a Ação popular, dissidência da JUC.

Nesse cenário, além desses, um novo ator entrou em cena a partir de 1961, a Juventude Operária Católica – JOC, que desenvolveu trabalho nos bairros operários, objetivando, no espaço de moradia discutir as questões enfrentadas pelos operários no espaço da produção. Em 1964, divergências ideológicas internas provocam a criação da Ação Católica Operária. Esses dois atores tiveram grande importância política para os movimentos sociais do período.

Também nesse período, em 1963, foi criado o Comando Geral dos Trabalhadores – CGT, como ator importante que aglutinava principalmente os trabalhadores urbanos, mas que também por divergências ideológicas internas, sofre

uma divisão, com a criação de outro comando formado pelos militantes do PCB, esse que, mesmo na ilegalidade, em Sergipe tinha expressivo número de militantes (DANTAS, 1997).

Como a estrutura oficial sindical ainda é a mesma criada no Governo Vargas, com as características da fragmentação e do corporativismo, qualquer outra forma de organização que ultrapasse esses estreitos limites contrariava seus princípios. Assim os CGT's não eram reconhecidos por essa estrutura, o que não impediu que continuasse seu trabalho de articulação até 1964, apesar das divergências ideológicas.

Com a agudização da crise econômica e política, o golpe militar de 1964 interrompeu a grande efervescência que acontecia em todos os estados do país, com a prisão dos governadores comprometidos com as mudanças, como os de Sergipe e Pernambuco.

Com a restrição da liberdade em todos os espaços, o movimento sindical entrou em nova fase de refluxo, com as características da resistência diminuídas face a repressão sofrida, ainda que em vários momentos ela tenha servido de suporte e sustentação dos governos e ao ferrenho controle estatal das atividades sindicais, ao tempo em que se assistia, paulatinamente e geralmente, o crescimento das atividades assistenciais, em estreita colaboração com os governos.

O forte refluxo vivido pelo movimento sindical brasileiro durante os anos do regime militar, principalmente a partir das greves de Contagem e Osasco, em 1968, a fragilidade e desmobilização que esse movimento apresentara durante esse período, demonstra que não foram construídas as condições capazes para um enfrentamento de tamanha envergadura com o poder estatal.

Almeida (1999) coloca que, entre as explicações mais usuais para a questão, duas razões são apontadas com destaque, como o estreitamento das reivindicações em torno de questões imediatas e salariais, sem uma articulação maior com outros movimentos da sociedade e a distancia com a base sindical (ou inexistência desta), característica do sindicalismo de cúpula que se estruturou no país a partir de 1930. A falta da base sindical, nessa explicação, é fator fundamental para que o movimento não se sustentasse frente às investidas dos militares e seus governos.

O Estado forte e centralizador, depois de breves intervalos democráticos, foi (re)estruturado com mais ênfase a partir de 1964, pois além do controle das atividades sindicais, ocorreu também, em consonância com o projeto político para o país e com a política econômica adotada a partir de então, a consolidação da interferência estatal na regulação capital/trabalho com a fixação dos índices de reajuste salarial, a nova lei de greve, a criação do FGTS, entre outras medidas.

Entretanto, convém salientar que, mesmo com os limites apresentados, a inquietação dos movimentos sociais no período pré-golpe, permite a configuração de alguns movimentos de resistência ao golpe, o que aconteceu em quase todo o país.

Em Sergipe destacam-se o movimento estudantil secundarista do Colégio Atheneu Sergipense, dos estudantes universitários, estes influenciados pelo PCB e PC do B, que, apesar das divergências ideológicas, aglutinavam-se em torno de algumas questões, como a morte do estudante Edson Luis e a prisão de Vladimir Palmeira, e conseguiam realizar grandes manifestações para um período de liberdades restritas.

Além desses, observam-se alguns outros movimentos, apesar do pouco impacto produzido, como o movimento dos chamados “intelectuais de esquerda”, do movimento feminino pela anistia na década de 1970 e o movimento dos trabalhadores de cana de açúcar da zona do Cotinguiba, ainda em 1968, que resultou em repressão e prisão.

A economia sergipana até os anos 1960 era ainda predominantemente agro-exportadora. Isso só mudou a partir dos anos 1970, principalmente com a chegada das indústrias de exploração de petróleo.

Na década de 1970, marcada pela crise do capitalismo mundial, pelo fim do milagre econômico e o esgotamento do regime militar, ocorreu a abertura política, o ressurgimento dos partidos políticos no cenário nacional e o sentimento da população brasileira, cada vez maior, de mudança, observado através do voto na oposição, o ressurgimento dos movimentos sociais no cenário nacional e algumas modificações no movimento sindical, especialmente a partir da greve do ABC paulista.

Essas modificações vão desde as grandes mobilizações e greves que ocorriam em todo o país, principalmente na década de 1980, e também no discurso

dos novos sindicalistas, agora direcionado para a importância tática de manutenção de relações mais estreitas com a base, à superação do sindicalismo de cúpula e o rompimento com a estrutura sindical vigente desde 1930.

As lutas travadas a partir do final dos anos 1970 espalharam-se por toda a sociedade brasileira e objetivavam a ampliação dos direitos sociais e a configuração de novo padrão de relação com o Estado, e tinham como consequência o alargamento dos espaços políticos.

Dentre esses movimentos, em Sergipe destacam-se o movimento pela anistia que se intensificou a partir de 1978, o movimento estudantil e o movimento sindical, principalmente em torno do “*Novo Sindicalismo*”, construído em diversos encontros, seminários e mobilizações dos trabalhadores, que propunha, entre outras questões, uma articulação maior entre os dirigentes sindicais e a base e também entre o movimento sindical e os movimentos populares.

Esses encontros contavam, geralmente, com a presença dos movimentos, das oposições sindicais e de alguns setores da igreja católica ligados à teologia da libertação, objetivando articular os locais de moradia aos locais de produção, para que esses cotidianos fossem politizados. Sobre a ação do Novo Sindicalismo no Brasil, Romão (2006, p.111) coloca:

O Novo Sindicalismo centra o foco de suas ações sobre os problemas existentes no chão de fábrica; busca soluções para as reivindicações imediatas da classe, mobilizando a partir dos conflitos típicos do processo de trabalho. Combate o despotismo gerencial, as relações discriminatórias entre gerentes e operários e a exploração do trabalho. Os dirigentes sindicais realizam manifestações nos portões das fábricas, vão ao encontro dos trabalhadores nos seus locais de trabalho, compensando a pouca presença desses nas sedes dos sindicatos. Fazem crescer o número de filiados, buscando através desses a sustentação econômica e política de suas entidades. Defende a criação das Comissões de Fábrica, que deveriam se dedicar às Organizações por Local de Trabalho (OLT). Busca abandonar as práticas isolacionistas e de cúpula que tanto rejeitavam.

Mas se o Novo Sindicalismo tem como propósito revitalizar a ação sindical, a sua disseminação no Brasil se deu em um contexto em que o movimento sindical era palco de disputas internas de diversas correntes, principalmente a partir de 1981,

com a realização do I Encontro Nacional das Classes Trabalhadoras-CONCLAT em Praia Grande-SP. Contando com a participação de 1.126 entidades sindicais urbanas e rurais de todo o país, neste congresso foi formada a comissão Pró-CUT, com 56 lideranças sindicais urbanas e rurais de todo o país, com a responsabilidade de encaminhar a discussão sobre a formação de uma central sindical e organizar o II CONCLAT. As divergências ganhavam maiores proporções principalmente em torno das discussões sobre a forma de caminhar do movimento sindical e o caminho a seguir a partir de então.

O debate esteve focado em torno de duas correntes de pensamento e revelavam concepções ideológicas e projetos de sociedade, referenciadas nas análises das experiências do sindicalismo brasileiro e seus limites históricos. Uma posição era defendida pelos sindicalistas do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo e Diadema, os chamados “autênticos”, e, a outra, defendida pelos sindicalistas ligados ao PCB, PC do B, MR8, denominados “Unidade Sindical”.

A configuração destes dois grupos distintos que compuseram a Comissão pró-CUT, no I CONCLAT, já vinha se desenhando desde o V Congresso da Confederação Nacional dos Trabalhadores Industriais (CNTI), ocorrido em julho de 1978, quando as divergências davam seus primeiros sinais.

Em 1980 ocorreu o encontro de João Mondelave, que reuniu lideranças dos movimentos populares, pastorais operárias e líderes das oposições sindicais. Neste encontro foram defendidas as seguintes bandeiras: democratização da Estrutura Sindical, fim da CLT, contratos coletivos, liberdade e autonomia, Convenção 87 da OIT, o direito de greve e a negociação direta entre patrão e empregado.

Em encontro ocorrido no mesmo ano, estas entidades também discutiram a formação da Articulação Nacional Autônoma de Movimentos Populares e Sindicais, a ANAMPOS. Dentre as principais necessidades da criação desta entidade, podemos destacar a necessidade de construir um canal de articulação que envolvesse os sindicatos rurais e outras camadas dos movimentos populares, como comunidades de bairros e as diversas associações de categorias. Além, se discutiu também a necessidade de construção de um partido político “capaz de contribuir para a libertação das classes populares” (ROMAO, 2006, p. 106) e a defesa da reforma agrária.

Em paralelo ao debate do surgimento da ANAMPOS, as oposições sindicais se articulavam e construíam espaços tais como o Encontro Nacional das Oposições Sindicais, o ENOES, e o Encontro Nacional de Trabalhadores em Oposição à Estrutura Sindical, a ENTOES, que ocorreram, respectivamente, nos meses de maio e novembro de 1980.

As divergências sobre o papel das oposições sindicais no processo de reestruturação sindical do país foram fundamentais para a consolidação e polarização destes dois grupos, provocando um maior acirramento entre as forças políticas neste momento de ebulição. A “Unidade Sindical” via as oposições sindicais como uma fragmentação do movimento, contribuindo assim para um enfraquecimento de classe.

Fator objetivo imediato que contribuiu para a divisão foi a realização do II CONCLAT, em 1983, quando foi aprovada a criação da CUT. No mês de novembro de 1983, ainda no mesmo ano da criação da CUT, a “Unidade Sindical” realizou outro Congresso, que também denominou de CONCLAT e criou a Coordenação Nacional da Classe Trabalhadora, também com a sigla CONCLAT, transformada, em 1986, na Central Geral dos Trabalhadores-CGT. Essa nova central

(...) aglutina os sindicalistas ligados ao MDB, PCB, PC do B, MR8, pelegos reciclados e do sindicalismo de resultado. São mais moderados, repudiam a Convenção 87 da OIT e não defendem a greve geral. Em 1988, a CGT adota a denominação de Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT). (ROMÃO, 2006, p.108)

As divergências continuavam a caracterizar o movimento sindical e, em 1988, os sindicalistas do PC do B romperam com a CGT, formaram a Corrente Sindical Classista-CSC e trilharam um caminho de aproximação com a CUT, o que aconteceu efetivamente em 1991, no VI Congresso dessa central.

Nessa disputa de idéias, em que foi criada mais uma CGT, esta retornando ao nome inicial de 1986, ficando, agora, uma controlada por Magri e outra por Joaquinção.

Nesse mesmo ano foi criada a Força Sindical, apoiada pelo sindicalismo de Estado, tendo como presidente Luís Antonio de Medeiros. Importante não esquecer da União Sindical Independente-USI, central criada em 1988, também considerada

de ação moderada, denominando-se apolítica e com abrangência limitada ao setor do comércio (ROMÃO, 2006, p. 109).

Em 1983, outro fato imediato que fez acirrar as divergências foi a criação do Partido dos Trabalhadores e a participação, nesse processo, de decisiva maioria dos sindicalistas ligados à CUT que, superando a tendência inicial de não estabelecer relações partidárias, passaram a defender a importância dos trabalhadores contarem e atuarem também nesse espaço, garantindo aí a sua representação, resguardando a autonomia do movimento sindical.

Do outro lado, a Unidade Sindical defendia o fortalecimento do bloco da oposição e sua aglutinação, naquele momento, em torno do PMDB, como forma de garantir e ampliar efetivamente a democracia. Utilizavam-se do argumento que os movimentos sociais, também o sindical, ainda não acumularam força suficiente para um enfrentamento mais aberto com o poder estatal, vez que, apesar do regime militar apresentar claros sinais de esgotamento, as demonstrações da repressão ainda se faziam forte contra os movimentos dos trabalhadores, como a intervenção ocorrida no sindicato dos petroleiros de Paulínia e Mataripe, por ocasião da greve desses trabalhadores em 1983.

De outra feita, os sindicalistas ligados à CUT utilizavam esses mesmos argumentos, mas em sentido oposto, ressaltando a importância do fortalecimento do novo sindicalismo e do PT para superação das velhas práticas de dominação e opressão.

Nesse momento a Nova República e a transição “pelo alto” desdobravam-se em uma conjuntura bastante contraditória, cheia de altos e baixos, principalmente no campo econômico e na recomposição dos direitos dos trabalhadores, além da elevada dívida fiscal e do engessamento do Estado, diante das pressões dos empresários, para realizar as reformas necessárias. A resposta à crise econômica através dos Planos de Estabilização Econômica (Cruzado, Bresser e Verão) teve inexpressivo impacto no desenvolvimento econômico e não conseguiu alterar a condição deteriorada de vida do povo brasileiro, mantendo os velhos e enormes problemas sociais (ALMEIDA, 1999).

Além dessas questões, a manutenção da estrutura sindical verticalizada constituía, ainda, barreira legal para o avanço da articulação dos trabalhadores,

apesar do período mais repressivo e suas práticas hegemonicamente coercitivas terem se diluído no arranjo político da Nova República. No entanto, ainda assim a repressão foi acionada nas mobilizações e greves durante toda a década de 1980.

Tendo em vista essas limitações e o anseio de ampliação da democracia, o processo constituinte de 1988 mobilizou amplamente os trabalhadores e lideranças sindicais para que acontecessem, na lei, as mudanças almejadas. Porém, devido às limitações políticas para incorporação das reivindicações dos trabalhadores e, ainda, às grandes divergências existentes no movimento sindical, elas não aconteceram plenamente.

Dessa forma, nem as medidas reformistas do Ministro do Trabalho Pazzianoto, nem também as conquistas alcançadas ao nível sindical, na Constituição de 88, conseguiram romper totalmente a estrutura sindical varguista. O imposto sindical, amplamente discutido para extinção, continuou como contribuição obrigatória, a Unicidade Sindical permaneceu e os sistemas Confederativo e Federativo encontraram espaço para continuar operando a estrutura burocratizada e verticalizada do movimento sindical (ALMEIDA, 1999, p. 92).

No entanto, mesmo com tantos limites e, apesar das contradições conjunturais, algumas análises sobre o movimento sindical do período reafirmam o acerto das posições do novo sindicalismo e a conquista de alguns direitos importantes.

Diria que na contabilização da década, seu saldo foi muito positivo. Houve um enorme movimento grevista; ocorreu uma expressiva expansão do sindicalismo dos assalariados médios e do setor de serviços; deu-se continuidade ao avanço do sindicalismo rural, em ascenso desde os anos 70; houve o nascimento das centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores (CUT), fundada em 1983; procurou-se, ainda que de maneira insuficiente, avançar nas tentativas de organização nos locais de trabalho, debilidade crônica do nosso movimento sindical; efetivou-se um avanço na luta pela autonomia e liberdade dos sindicatos em relação ao Estado; verificou-se um aumento do número de sindicatos, onde se sobressai a presença organizacional dos funcionários públicos; houve aumento nos níveis de sindicalização, configurando-se um quadro nitidamente favorável para o novo sindicalismo ao longo da última década. (ANTUNES, 1995)

Em Sergipe essas discussões, contradições, movimentos e formas que permeavam a conjuntura nacional e o movimento sindical em nível nacional, principalmente na década de 1980, também estavam a se processar.

Além, fato agravante é que, mesmo com a abertura política, com o ressurgimento dos partidos políticos e da efervescência política, inicialmente o poder local ainda permaneceu com os políticos que apoiaram o regime militar³⁴ exercendo sobre os movimentos seu poder repressivo. Ainda assim os trabalhadores sergipanos³⁵ participaram ativamente desse momento, especialmente os operários do setor de extração de petróleo (ROMÃO, 2006), funcionários públicos e das estatais (ALMEIDA, 1999).

Os trabalhadores da Nitrofertil,³⁶ que até então eram subordinados ao sindicato da Bahia, em 1982 fundaram a Associação dos Químicos e Petroquímicos de Sergipe – AEPQ, transformada em Sindicato em 1985 e que, em 1995, fundiu-se com o SINDIPETRO- Alagoas/Sergipe.

No processo de formação da associação os sindicalistas sofreram perseguições e ameaças de demissão por parte da empresa, principalmente porque esse grupo desempenhou papel fundamental na reconstrução do novo sindicalismo, da CUT e do PT em Sergipe, estimulando a criação e fortalecimento das oposições aos sindicatos considerados “pelegos”, com diretorias geralmente constituídas no período militar e com desenvolvimento de ações basicamente no campo assistencial, especialmente a oposição “Insurgência”, do Sindicato dos Petroleiros de Sergipe, a do Sindicato dos têxteis e dos profissionais do magistério de Aracaju, entre outras.

Com a criação da CUT, em 1983, surgiu a preocupação com a formação política dos novos sindicalistas, segundo os princípios do novo sindicalismo, preparando-os para o exercício de novas relações com a base e para o enfrentamento com o capital e com “os patrões”. Nos seus primeiros anos de

³⁴ Na primeira eleição direta para governador, é eleito João Alves Filho, do Partido Democrático Social (PDS).

³⁵ Os trabalhadores da saúde realizam importantes manifestações e greves nesse período. Elas são apresentadas e discutidas no próximo item deste capítulo.

³⁶ Indústria estatal de fertilizantes, controlada pela Petrofertil, subsidiária da Petrobrás, instalada em Sergipe em 1982. Do setor, é a única que não foi privatizada por Fernando Collor. Em 1993, por decreto do então Presidente Itamar Franco, é incorporada diretamente à Petrobrás e passa a chamar-se FAFEN

existência, a CUT/SE desempenhou importante papel de fomentador dessa formação política no nível local.

Assim que, durante toda a década de 1980, observa-se o renascer do movimento sindical, com a criação de várias associações e sindicatos, como a Associação Profissional dos Educadores do Município de Aracaju - APEMA, em 1984; a criação do Sindicato dos Médicos, em 1985, pois até então esses profissionais se organizavam em Associação; a criação do sindicato dos assistentes sociais³⁷ em 1986, e a transformação da Associação do Magistério do Estado – APMESE em Sindicato dos Trabalhadores da Educação de Sergipe, SINTESE,³⁸ em 1988.

Configurando esse quadro, também o movimento estudantil ganhou maior visibilidade na luta pela retomada democrática, com a continuidade da luta por sua reconstrução, através da refundação dos “Centros Acadêmicos Livres”, com grandes greves e passeatas dos estudantes da UFS por melhores condições de ensino e contra o aumento abusivo dos preços da passagem do transporte coletivo.

Até a metade da década de 1980 o movimento estudantil da Universidade Federal tinha grande visibilidade entre os movimentos sociais, quando, a partir de então o movimento sindical ganhou expressividade, principalmente com a consolidação da CUT estadual e do novo sindicalismo. Nesse momento os militantes do movimento estudantil aglutinavam-se, majoritariamente, em diversas tendências partidárias como PCB, PT e PC do B.

Outros atores importantes também participaram desse processo como os bancários, que, mobilizados por seu sindicato, na década de 1980, realizaram várias greves; os têxteis, que tinham uma direção “pelega” desde 1964 e que foi mudada em 1987, a partir de quando se reinseriu na luta dos trabalhadores; em 1984 aconteceram as primeiras manifestações dos professores contra os baixos salários e, em 1985, a grande greve da Petrobrás, que foi abafada no Governo Henrique Cardoso.

³⁷ A organização política dos assistentes sociais em Sergipe iniciou em 1958 com a criação da Associação Brasileira de Assistentes Sociais- ABAS. Essa entidade foi desativada com o golpe militar de 1964. Em 1981, no contexto de ação do novo sindicalismo, surgiu a Associação Profissional dos Assistentes Sociais - APAS, como entidade pré-sindical (MENDONÇA SILVA, 1997).

³⁸ Apesar da mudança nos estatutos só ocorrer em 1990.

Outro grupo que teve participação fundamental no processo de criação da CUT e no processo de rearticulação do movimento sindical em Sergipe foi configurado pelos mineiros da então Petromisa, empresa subsidiária da Petrobrás, extinta durante o governo Collor, recém implantada em território sergipano. Em 1986 esses trabalhadores não apenas paralisaram suas atividades, mas realizaram uma greve de ocupação que durou 28 dias, com os grevistas demitidos e processados. (ROMAO, 2006, p. 123)

Desta forma, podemos observar que na década de 1980 houve grande crescimento dos sindicatos e de suas lutas contra a política econômica adotada pelos governos. Também em Sergipe, em consonância com o que acontecia com o movimento sindical no Brasil, verificava-se um crescimento e mudança na forma como o movimento sindical vinha atuando, ultrapassando a prática assistencialista, de colaboração, para ações de confronto, de reação, com muita repressão por parte das empresas e do Ministério do Trabalho.

Esses trabalhadores tiveram também importante participação nas greves gerais que aconteceram no país e nos grandes movimentos políticos que caracterizaram a década como a campanha das “Diretas Já”. Também mobilizaram-se, em 1989, por ocasião da elaboração e votação da Constituição Estadual, a primeira depois do regime militar. A participação popular reconfigurava, aos poucos e talvez timidamente, outro redesenho de Estado e ia, nele, deixando suas marcas, apesar da pequena representação dos trabalhadores, através dos partidos políticos de oposição, no espaço parlamentar.

Foi a Constituição feita com maior participação popular. Discutida e divulgada através dos órgãos de comunicação, foi votada por uma Assembléia composta de 11 deputados do Partido da Frente Liberal, 11 deputados da Coligação PMDB/PDS e 2 deputados do PT. Ela mostra a moderação de uns e os avanços de outros e estende-se com cuidado em falar dos direitos e garantias dos cidadãos, condenando a tortura e qualquer tipo de discriminação, para assegurar direitos iguais a todos. Também se preocupou com a situação econômica e social, com a população indígena e com a educação, estabelecendo a obrigatoriedade do ensino de História, Geografia e Literatura de Sergipe. (SANTOS e OLIVA, 1998, p. 116).

Romão (2006), no seu estudo sobre a greve dos petroleiros de 1995 em Sergipe, ao analisar o contexto em que ela ocorreu, coloca que, a partir do início da década de 1990, com a política “neoliberal/privatista” implementada pelo governo Collor dava-se início ao processo de desconstrução dos direitos dos trabalhadores conquistados na década anterior, quando se assistia a agudização da crise, o aumento do desemprego, do arrocho salarial e a privatização das estatais.

Nesse período ocorreu a introdução, no Brasil, da “modernização japonesa” e novas formas de administração foram incorporadas pelas empresas, sempre no discurso do aumento da produção e do “protagonismo” do trabalhador para tanto, como o Balanço Social- BS e o Círculo de Controle de Qualidade-CCQ, ISO 9000, entre outras.

Coloca esse autor que a incorporação dessa “modernização” atua como forma de desmobilizar as lutas e manifestações dos trabalhadores e de legitimar os métodos de controle político do processo produtivo pela empresa, em clara disputa com o sindicato, o que foi denunciado por esses e pelas centrais sindicais. Esses programas, no contexto de mudanças no mundo do trabalho, atingiram a subjetividade dos trabalhadores, esses que nocauteados ainda pelos “enxugamentos” dos cargos e funções, pela reforma da previdência, a adoção dos PDV’s e sensação constante de instabilidade, com o aumento da precarização do trabalho, principalmente com as terceirizações. Todo esse conjunto de variáveis – afirma ainda esse autor – provocou esvaziamento dos movimentos e assembléias.

A situação vivenciada pelos petroleiros e petroquímicos de Sergipe, importantes segmentos que deram visibilidade ao movimento sindical local na década de 1980, pela força da mobilização desses trabalhadores e pela importância dessas indústrias na economia sergipana,³⁹ não é a exclusiva desses setores.

Antunes (1995), afirma que, na década de 1980, nos países de capitalismo avançado, estavam a se processar profundas modificações no mundo do trabalho,⁴⁰

³⁹ As atividades relacionadas à exploração de petróleo representam mais de 50% do produto interno bruto do estado (CARVALHO SANTOS, 2006).

⁴⁰ Os dados objetivos dessas mudanças, que Antunes (1995), caracteriza como “múltipla processualidade” são: diminuição da classe operária industrial tradicional; expressiva expansão do assalariamento principalmente através da expansão do e no setor de serviços; significativa heterogeneização do trabalho, expressa também através da crescente incorporação das mulheres no mundo operário; intensificação da subploretarização, observada através do crescimento do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, ‘terceirizado’. O resultado mais brutal dessas

nas suas formas de inserção na estrutura produtiva e nas formas de representação sindical e política, com impactos substantivos na materialidade e subjetividade da “classe-que-vive-do-trabalho”,⁴¹ com impactos importantes na sua forma de ser.

O quadro que se configura, nas sociedades capitalistas contemporâneas, é caracterizado por processos complexos, contraditórios e multiformes, com a incorporação mesclada⁴² de processos produtivos e emergência de novos processos de trabalho com as características fordistas de controle do processo sendo “substituídas” pela lógica da produção flexível. Nesse quadro se assistia a estruturação de novos padrões de gestão da força de trabalho e um discurso de maior participação e protagonismo do trabalhador no processo produtivo. O signo da flexibilização que passou a orientar o mundo do trabalho também deveria orientar o olhar sobre os direitos conquistados pelos trabalhadores, estes que também devem ser flexibilizados, desregulamentados.

Os impactos dessas mudanças na subjetividade e no movimento dos trabalhadores,⁴³ para efeito deste estudo, é ponto que merece maior atenção. Ainda segundo Antunes (1995), as mudanças ocorridas no mundo do trabalho impactaram sobremaneira

(...) a forma de ser da classe trabalhadora, tornando-a mais heterogênea, fragmentada e complexificada”, [e, como expressão da crise no movimento sindical observa-se] (...) uma nítida tendência de diminuição das taxas de sindicalização, especialmente na década de 1980. (p. 59)

No entanto, explica Antunes, que essa tendência não aconteceu de forma uniforme, citando como exemplo alguns países europeus onde a taxa de sindicalização permanecia alta e, mesmo no Brasil, onde se observava a crescente sindicalização dos setores médios.

transformações e que atinge o mundo em escala global, segundo esse autor, é o crescimento, em proporções alarmantes, do desemprego estrutural.

⁴¹ Segundo Romão, esse novo conceito de Antunes demonstra a ampliação da sua percepção sobre a noção de classe trabalhadora tendo em vista as transformações ocorridas no mundo do trabalho (Romão, 2006).

⁴² Ao se anunciar o esgotamento do modo de produção fordista, torna-se fundamental ter clareza que o mesmo não tem sua falência decretada, mas que, a incorporação de novos processos produtivos acontece de forma processual. Nesse sentido, Antunes (1995) afirma que o fordismo e taylorismo já não são únicos e mesclam-se com outros processos produtivos como neofordismo, neotaylorismo e pós-fordismo.

⁴³ Romão (2006), ao analisar esses impactos sobre os trabalhadores da FAFEN\SE, também conclui nesse sentido.

Afirma o autor que essa tendência de diminuição da taxa de sindicalização, geralmente tem sua origem relacionada, entre outras, ao crescimento dos trabalhadores “não estáveis”, parciais, temporários, com precárias condições de trabalho e existência e a “incapacidade” do movimento sindical em aglutinar essa parcela, cada vez maior, de trabalhadores, vez que o movimento sindical, historicamente, esteve sustentado em uma base sindical de “estáveis” que, cada vez mais, direciona sua ação no sentido de reivindicações corporativas, sem uma articulação maior com o conjunto dos trabalhadores e suas necessidades, que o autor denomina de “tendência neocorporativa”.

Assim sendo, a questão é como o movimento sindical pode superar o fosso existente entre esses dois segmentos de trabalhadores, estáveis e não estáveis, e aglutinar esses últimos no movimento, incorporando suas reivindicações e ultrapassando a forma tradicional de organização sindical. Somente dessa forma o movimento poderá renovar-se, colocar-se em sintonia com a realidade desses trabalhadores e poderá, dessa forma, dar o salto e superar a crise em que se encontra.

Seguindo essa tendência, resguardada as especificidades, Romão (2006) afirma que, em Sergipe, as mudanças processadas no mundo do trabalho também impactaram o movimento sindical, vislumbrando nova fase de refluxo. Também aqui o desafio pode ser o mesmo haja vista que, recentemente, cresce o setor informal de trabalho com a presença de vendedores ambulantes, camelôs e biscateiros, sem nenhuma proteção social garantida pelo Estado, como seguro desemprego e aposentadoria (SANTOS e OLIVA, 1998).

Como visto, a base do movimento sindical, em Sergipe, que sustentou as grandes mobilizações e greves da década de 1980, além dos bancários e funcionários públicos, foi a dos petroleiros, químicos e petroquímicos, pela importância desse setor na economia do estado. Momento histórico que sinalizou o refluxo desse movimento ocorreu com a greve dos petroleiros, em 1995, no início do governo FHC, que

(...) refletiu e significava a resistência dos trabalhadores à grande mudança conservadora, a serviço da espoliação capitalista, que consolidava-se na vida política econômica e social do país”, [e que] “(...) termina com 95 demitidos; sindicatos sob uma intervenção branca, com suas contas bloqueadas e bens penhorados. (ROMÃO, 2006, p. 190 e 193)

O “esfacelamento” da greve dos petroleiros no governo FHC pode significar o grande golpe sofrido pelo movimento sindical nos anos recentes. Para essa análise torna-se importante compreender

(...) que as ações e respostas do governo FHC à greve dos petroleiros estão em conformidade com o movimento mais amplo do capitalismo internacional. Situam-se dentro das orientações e pragmáticas neoliberais no seu avanço sobre os direitos e conquistas da classe trabalhadora (Romão, 2006, p. 92).

Assim, o “esfacelamento” da greve dos petroleiros, deve ser inserido em um contexto no qual estavam a se processar transformações implementadas pelo capital no campo econômico, científico/tecnológico e social, com rebatimentos importantes na esfera do trabalho, no modo de controle da produção, da gestão e dos trabalhadores, mudanças essas que refletiram fortemente na subjetividade dos trabalhadores, ou da classe-que-vive-do-trabalho, no dizer de Antunes, e nas suas organizações.

Por outro lado, ou no outro lado da mesma moeda, o denominado refluxo do movimento sindical deve ser entendido como o refluxo das formas de lutas empreendidas, hegemonicamente, a partir da segunda metade da década de 1970 e durante quase toda a década de 1980, formatadas basicamente nas grandes mobilizações e greves, impulsionadas pela ação do novo sindicalismo. Assim, se essas formas de organização e lutas estão esvaziadas, novos canais de participação e novos *lôcus* de publicização das suas necessidades e anseios são conquistados.

Assim sendo, se na década de 1980 o apelo geral para as mobilizações centrava-se no fim da ditadura, na luta pela ampliação das liberdades e contra a política econômica dos governos, por melhores condições de trabalho, entre outras questões, geralmente “de costas para o Estado”, a partir da década de 1990, em uma conjuntura diferenciada da década anterior, os movimentos populares sofreram profundas modificações (GOHN, 2003).

O espaço institucional sofreu também mudanças substantivas a partir de algumas experiências de gestão denominadas do campo democrático, especialmente do PT, da expansão expressiva das ONG’S e da ocupação dos novos

espaços de participação popular nas políticas públicas criadas na constituição de 1988, como os conselhos paritários e as experiências do OP.

Essas mudanças a se processar, além das que ocorreram no mundo do trabalho e que rebateram diretamente na vida da classe-que-vive-do-trabalho e das suas organizações, implicaram na forma como os movimentos sociais passaram a se relacionar com o Estado. Gohn (2003) assim se posiciona sobre os movimentos sociais da década de 1990:

O que se observa a partir dos casos analisados é que o perfil dos movimentos sociais se alterou na virada do novo milênio porque a conjuntura política mudou; eles redefiniram-se em função dessas mudanças. Mas eles foram também co-artífices dessa nova conjuntura, pelo que ela continha de positivo, em termos de conquista de novos direitos sociais, resultado das pressões e mobilizações que eles – movimentos – realizaram nos anos 80. Mas os movimentos foram também vítimas dessa conjuntura, que, por meio de políticas neoliberais, buscou desorganizar e enfraquecer os setores organizados. Por isso, ao longo dos anos 90 os movimentos sociais em geral, e os populares em especial, tiveram que abandonar algumas posturas e adotar posições mais ativas\propositivas. Passaram a atuar em rede e em parceria com outros atores sociais, dentro dos marcos da institucionalidade existente e não mais à margem, de costas para o Estado, somente no interior da sociedade civil, como no período anterior, na fase ainda do regime militar. A nova fase gerou práticas novas, exigiu a qualificação dos militantes. ONGs e movimentos redefiniram seus laços e relações (p. 30).

Assim, se o movimento sindical, também em Sergipe, entrou em nova fase de refluxo, observa-se, por outro lado, um crescimento considerável da participação popular nas mais diversas formas,⁴⁴ organizados ou não, que, através de suas práticas constroem novas relações sociais. São práticas que se orientam por maneiras alternativas e bastante diferenciadas de luta pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas. De movimentos que se intitulam defensores da vida, movimentos não institucionalizados

⁴⁴ As afirmações que faço aqui são estruturadas na minha experiência com os movimentos sociais da área da saúde e de observação nas reuniões da Rede de Educação Popular e Saúde, da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS/SE. Participo dessas reuniões desde 1997. Por certo que o questionamento sobre a generalização dessas afirmações para o conjunto dos movimentos sociais é extremamente pertinente. Apesar da experiência acumulada nessa área permitir essas notas introdutórias, sem dúvida o tema carece de maior pesquisa para conclusões mais definitivas.

comprometidos com a luta pela vida saudável para todos, e, portanto, contra a desigualdade e a injustiça na sociedade e na atenção à saúde; movimentos e práticas capazes, portanto, de expressar as diferenças de gênero, de etnia, de raça, de idade e de trabalho, bem como de criar novos métodos e técnicas dialógicas de construção e apropriação social do conhecimento.

2.2. A Reforma Sanitária em Sergipe e os movimentos dos trabalhadores

Na segunda metade da década de 1970, no contexto de esgotamento do regime militar, quando os os movimentos sociais ressurgiram na luta pela retomada democrática, localizo, em Sergipe, o embrião do movimento pela reforma sanitária, com as primeiras referências sobre o movimento estudantil dos estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Sergipe.

Esses estudantes, agrupados majoritariamente, nesse momento, em torno do Partido Comunista Brasileiro, reorganizaram os Centros Acadêmicos, participaram da reconstrução do Diretório Central dos Estudantes e deram novo ritmo às discussões sobre a formação dos profissionais da saúde, sobre o quadro sanitário nacional e local, articulando esses temas ao contexto político brasileiro, protagonizando, em Sergipe, a retomada histórica do movimento estudantil e a luta pela melhoria da qualidade do ensino.

Eu virei cidadão e me politizei através do movimento estudantil, foi através do movimento estudantil, isso foi por de volta 1974, 1975, quando retoma as eleições para o DCE, a gente faz uma chapa para disputar o Centro Acadêmico de Medicina que até então vinha sob o controle do pessoal da direita. A gente se organiza, um grupo de estudantes que logo, logo é recrutado pelo PCB, então a gente virou base do Partido Comunista Brasileiro, o Partidão. Naquele momento era assim que se fazia. Então nós começamos organizando o movimento estudantil, aqui, na Medicina (Profissional).

Essas primeiras notas sobre o movimento pela Reforma Sanitária em Sergipe, a partir da rearticulação dos estudantes da saúde no movimento estudantil, ilustram o que estava acontecendo no cenário nacional e também no local, durante toda a

década de 1980, em um contexto de retomada da fala e dos variados espaços de atuação pelos diversos atores sociais.

Nesse momento, o cenário e o quadro sanitário local eram caracterizados pelo alto custo de vida, por precárias condições de existência da população e altos indicadores de morbi-mortalidade.

Além desses aspectos, outro dado importante era a inexpressiva visibilidade da Secretaria Estadual de Saúde na condução dessa política que, apesar de anunciar, em 1980, a ampliação da cobertura dos seus serviços em todo o Estado, com os recursos do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, através da ampliação da rede para 94 postos de assistência médica, todos eles prestando os serviços de imunização, distribuição de alimentos fornecidos pelo INAM e distribuição de medicamentos da Central de Medicamentos – CEME.

Apesar dessa ampliação da estrutura física e do aumento de serviços ofertados, as ações caracterizavam-se pela descontinuidade, pela não integralidade da assistência e pela fragmentação dos serviços, sem impactar e alterar efetivamente o quadro sanitário (Gazeta de Sergipe Nº 6348, 28/01/1980).

A partir desses dados e da análise da concepção hegemônica de Atenção Primária-APS à Saúde frequente nas experiências em curso nesse momento no país, acredita-se que o pequeno impacto dos serviços de saúde no quadro sanitário local deve-se também a influência dessa concepção, com uma oferta de serviços de saúde para aqueles setores “marginais” ou excluídos da assistência médica ofertada pelo INAMPS, para os que podiam pagar. Essa concepção de APS, denominada como “APS seletiva”, hegemônica até então nos países “em desenvolvimento”, teve sua influência no nosso país a partir de então, mas sem produzir, no quadro sanitário local, o alto impacto preconizado na proposta. Na “APS seletiva”:

Orienta-se a um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes dos países em desenvolvimento. Um dos principais programas que inclui este tipo de serviços foi conhecido por sua sigla em inglês Gobi (controle do crescimento, técnicas de reidratação oral, aleitamento materno e imunização) e também foi conhecida como Gobi-FFF quando adicionou alimentos suplementares, alfabetização da mulher e planejamento familiar (VUORI, 1985, IN: ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2007, p. 789).

Observa-se como fator que contribuía para o pequeno impacto dos serviços, o paralelismo das redes e a diluição dos recursos, características do modelo de saúde brasileiro, com a hegemonia do MPAS claramente visualizada na elaboração e condução da política de saúde. Essa característica era observada, no nível local, desde a hegemonia na prestação da assistência à saúde até a participação nos eventos e fóruns para decisão e formulação dos programas.

Até então as ações de saúde, especialmente assistência médica e hospitalar, concentravam-se principalmente na rede federal, através do INAMPS e SESP. O primeiro, prestando assistência, especialmente curativa, à população segurada e, o segundo, atuando no interior do Estado, principalmente com a população rural, não segurada, nas áreas de endemias.

Mostrando a força que o MPAS tinha, nesse momento na condução da Política de Saúde, a atuação e visibilidade do INAMPS em Sergipe foi observada durante a preparação da VII Conferência Nacional de Saúde, acontecida em março de 1980, cujo tema central foi “Serviços Básicos de Saúde” e contou com uma delegação sergipana composta por 23 profissionais do INAMPS, além do Superintendente.

Para subsidiar a participação na Conferência foram elaborados, por esses profissionais, os documentos “Diagnóstico do Setor Saúde de Sergipe” e “Quadro Demonstrativo da Atualidade Sanitária em nosso Estado”.⁴⁵

Também durante as discussões que envolveram a implantação do PIASS durante o ano de 1980, a visibilidade local esteve focada na participação do Superintendente do INAMPS, que durante o mês de abril desse ano, em Recife, participou de reunião sobre o Programa e, entre outras questões, tratou sobre os problemas relacionados com a implantação e restauração das unidades básicas estaduais de saúde. O relatório anual do INAMPS em Sergipe, em 1981, com a descrição das ações desenvolvidas e o montante de recursos destinado para cada uma, é evidenciador da estrutura dessa rede e do poder desse órgão na condução da política de saúde no estado.

⁴⁵ - Esses documentos não foram encontrados nos arquivos do INSS ou da Secretária Estadual de Saúde.

É conveniente frisar que a Superintendência Regional tem a mesma preocupação com o bem-estar do homem do campo, no setor médico-assistencial. Com essa finalidade, foram reajustados substancialmente os valores dos subsídios das entidades conveniadas rurais, prestadoras de serviços médicos, hospitalares, odontológicos e farmacêuticos, contribuindo à medida para uma assistência mais eficiente e eficaz a essa tão laboriosa e sofrida parcela da população do nosso Estado. Nesta atividade a Superintendência registrou uma despesa no exercício da ordem de Cr\$ 540.000.000,00 com os seus 63 conveniados, revelou o Dr. José Carlos Pinheiro. E continuou: 'Foram atendidos em consultórios médicos (próprios, credenciados e conveniados) 1.128.765 pacientes e 186.935 receberam assistência odontológica. Esses atendimentos produziram 582.634 exames e serviços complementares, com um custo total de Cr\$ 211.495.833,00'. Os medicamentos CEME-Central de Medicamentos- fornecidos através de receitas despachadas totalizaram 9.158.497 unidades, perfazendo um total de Cr\$ 55.815.293,57. Na parte referente a assistência médico-hospitalar, o órgão encerrou o exercício registrando 50.455 internamentos nas diversas especialidades, tendo sido dispendida com serviços hospitalares e honorários profissionais a expressiva quantia de Cr\$ 653.987.522,32. Os segurados ou seus dependentes que, por limitações técnicas viram-se impossibilitados de se submeter a tratamento no Estado, foram encaminhados para outras Superintendências Regionais devidamente amparados pelo processo de Tratamento Fora do Domicílio, perfazendo esses deslocamentos um total de 426 beneficiários (Gazeta de Sergipe, Nº 6989, 20/01/1982, p. 5).

Assistia-se assim, de um lado, o INAMPS com sua imensa capacidade instalada oferecendo serviços para os contribuintes da Previdência Social e, do outro lado, a Secretaria Estadual de Saúde com poucos recursos para o desenvolvimento de ações de saúde pública para a população não contribuinte.

Em evidência, essa desigual situação existente entre as redes federal e estadual e a condição também desigual de acesso aos serviços de saúde, foi retratada na mensagem, por ocasião do Dia Mundial da Saúde, nesse mesmo ano, proferida pelo Secretário Estadual da Saúde ressaltando as dificuldades de acesso enfrentadas pela maioria da população, enquanto uma "minorias privilegiada" desfrutava das tecnologias mais sofisticadas e caras.

Nesta data em que comemoramos o Dia Mundial da Saúde não podemos mais aceitar do ponto de vista social que minorias privilegiadas possam desfrutar das tecnologias mais sofisticadas e caras da medicina, enquanto a maioria da população das áreas rurais e periféricas urbanas não recebem maiores cuidados com a

saúde do que os prestados pela medicina tradicional. Que o espírito de Alma-Ata faça sempre prevalecer na necessidade da justiça social nos assuntos relacionados à saúde, com uma distribuição equitativa de grandes recursos para o bem-estar da população. (Gazeta de Sergipe, Nº 7053, 07/04/1982, p. 7).

Somente a partir do segundo semestre de 1980, as ações da Secretaria Estadual de Saúde começaram a ganhar visibilidade para a população através do anúncio das estatísticas de atendimento médico à comunidade que, nos primeiros seis meses do ano de 1980, cresceu em torno de 80%.

Tendo em vista o pequeno orçamento destinado para a saúde pública e sua importância na política local, o mérito desse crescimento foi atribuído à competência profissional do Secretário de Saúde, o Dr. José Machado de Souza (Gazeta de Sergipe, Nº 6352, 10/07/1980).

Em 1980, o Programa Prev-Saúde,⁴⁶ passou a constar das agendas de discussão locais, especialmente a partir outubro desse ano, após ter sido debatido na III Reunião dos Secretários de Saúde do nordeste, centro-oeste e norte do país, com as presenças dos ministros da Saúde e da Educação e Cultura, quando foi solicitada prioridade imediata de sua execução nessas regiões do país.

Mas, tendo em vista que nesse momento ganhava corpo e visibilidade, em nível nacional, a discussão sobre a saúde como um fenômeno social e político, cujas soluções não são encontradas em ações referenciadas exclusivamente nos aspectos biológicos e individuais, nem nas proposições técnicas dos programas assistenciais se elas não forem elaboradas com a participação de todos os setores da sociedade.

No entanto, a estruturação do modelo de saúde brasileiro e dos seus programas não incorporavam esse princípio, o que fez com que fossem grandes as resistências e o descrédito com o PREV-SAÚDE. O posicionamento do Movimento Nacional de Renovação Médica, representado por vários membros de entidades de classe de todo o país, deixava clara a avaliação desse movimento sobre esse programa e a política de saúde, enquadrando-a como

⁴⁶ A Secretaria de Saúde de Sergipe, através do Secretário José Machado de Souza, assinou o convenio Prev-Saúde no mês de Setembro de 1980.

(...) antidemocrática e antipopular, não correspondendo as necessidades e legítimos interesses da maioria da população e dos profissionais da saúde, em particular, dos médicos'. Numa restrição ao Prev-Saúde, o Movimento critica a sua formulação sem a participação das entidades representaivas dos médicos, pois 'achamos que a política eficaz é sempre aquela elaborada por quem deverá, de fato, executá-la. E acrescenta: 'Ressalte-se que esse projeto, em sua versão original, chegou a merecer o nosso interesse, mas já sofreu tantas influencias e mutilações que hoje duvidamos da sua eficácia. (Gazeta de Sergipe, Nº 6712, 16/02/1981, p. 4).

No início da década de 1980, a estruturação dos espaços que aglutinavam os sanitaristas e os principais nomes da reforma sanitária brasileira, como o CEBES, começam a impactar e aglutinar, no nível local, os profissionais da saúde. Em Sergipe, mais especificamente em Aracaju, foi através do CEBES que a discussão, nesse momento, sobre a reforma sanitária e o quadro sanitário local, começou a ocupar as agendas de discussão, a aglutinar e articular os profissionais, especialmente os assistentes sociais, os estudantes e movimentos diversos, com desdobramentos importantes para a configuração da luta pelas transformações nesse setor.

Tinha uma entidade do INAMPS, que eu tento lembrar o nome e não consigo, fazia isso tudo, acho que era CEBES, era um Centro de Estudos da Saúde e a gente se reunia na Rua de Geru, aí eu comecei a participar desse CEBES, tinha Eduardo Vital, um médico chamado Gildo, e a gente começou a trabalhar um pouco com as questões da saúde pública, o próprio movimento da reforma sendo introduzido nesse Centro, daí eu comecei a estudar, ainda aconteceram algumas palestras, algum movimento assim, o pessoal achava interessante que o serviço social tinha uma posição assim (...) foi esse começo que eu tive com o movimento da saúde, foi nesse Centro (Profissional).

Envolvidos nas discussões sobre as mudanças requeridas no setor saúde, difundidas pelo CEBES, fato marcante nesse momento e que incidiu na organização dos profissionais de saúde foi o debate sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde e sua vinculação com a remuneração dos profissionais, apontada como uma das causas da precarização da assistência à saúde da população tendo em vista o arrocho salarial a que estavam submetidos esses profissionais.

Fato imediato para a deflagração desse movimento era o limite estabelecido pela legislação⁴⁷ em vigor naquele momento, que definia como remuneração mínima do médico o valor de três salários mínimos regionais, considerado inferior ao que esses profissionais deveriam receber para que a qualidade do atendimento fosse garantida. Assim, objetivando alterar essa situação, foi encaminhado ao Congresso Nacional, em 1980, um projeto de lei propondo, entre outras questões, a definição do salário do médico, que não poderia ser inferior ao valor de 10 vezes o maior salário mínimo do Brasil, pelo período de 40 horas de trabalho e o pagamento de 40%, sobre a remuneração, como adicional de insalubridade e periculosidade.

Após a realização de duas greves administrativas e mobilizados pelo objetivo de garantia do novo piso salarial, em 1981, os médicos do INAMPS, através da AMB e da Federação Nacional dos Médicos convocaram greve geral para o dia 28 de abril.

(...) por vinte horas semanais de trabalho um médico do Inamps percebe salário inicial de Cr\$ 21.345 acrescidos de 10% referentes à condição de nível universitário (...) dos aproximadamente 220 médicos empregados no órgão 20 são obstetras cujo salário está em torno dos Cr\$ 200 mil, 'prova de que o Inamps paga melhor ainda a seus médicos mais especializados (...) a situação dos médicos em Sergipe com relação ao salário não é das melhores. Entre os citados e os demais órgãos empregadores, a Petrobras é o que paga um salário mais digno: em torno de Cr\$ 80 mil. Logo em seguida vem o Exército, que paga aos profissionais de medicina cerca de Cr\$ 60 mil. A Secretaria de Saúde paga um valor bem inferior a estes: Cr\$ 14 mil. Por fim, a Prefeitura paga menos que dois salários mínimos regionais: Cr\$ 9 mil, por quatro horas diárias de trabalho (Gazeta de Sergipe, Nº 6747, 31/03/1981).

Como visto, a grande discrepância salarial entre os profissionais médicos das redes federal, estadual e municipal foi verificada ao se observar a faixa salarial desses profissionais, com uma "elite" da rede federal diferenciada da condição salarial dos profissionais das redes estadual e municipal.

Ademais, apesar da força do INAMPS na condução da política de saúde, nesse momento entrando em sua fase de declínio, o quantitativo dos profissionais federais era bem inferior aos demais, como constata-se nas afirmações do presidente da Sociedade Médica de Sergipe- SOMESE, ao afirmar que "(..) Sergipe possui somente 700 médicos ativos e que, destes, cerca de 70% não pertencem ao

⁴⁷ Segundo a Lei Nº 3.999, de 1961.

quadro do INAMPS. Estas cifras são bem menores que as de São Paulo e Rio, onde se desencadeiou a greve”. O Presidente da SOMESE utilizou-se de tais argumentos para justificar “o apoio moral” à mobilização dos médicos do INAMPS, apesar de concordar que “(...) o achatamento dos salários dos médicos é evidente” (Gazeta de Sergipe, Nº 6732, 13/03/1981, p. 2).

Tais questões podem ser apontadas como justificativas do pequeno impacto dessa greve em Sergipe.

No ano de 1982, os estudantes da área da saúde da Universidade Federal de Sergipe, momento em que o movimento estudantil local demonstrava grande força e poder de mobilização, deram mais um passo na luta pela garantia do direito à saúde.

Insatisfeitos com os “parcos recursos” que a Universidade destinava aos cursos da saúde e com as condições de ensino no Hospital onde funcionavam os cursos da saúde, cuja direção não vinha cumprindo as cláusulas do convênio firmado com a UFS, como a destinação do número de leitos pactuado. Assim, reivindicavam o aproveitamento do antigo Hospital Sanatório de Aracaju como Hospital Escola e exigiam solução, a curto prazo, para o ensino no Hospital de Cirurgia. Para tanto, realizaram diversas manifestações, como a grande passeata do dia 27 de Outubro, que, com o apoio do DCE, mobilizou estudantes e professores das várias áreas de ensino.

Diante da grande repercussão da “passeata branca” e da firme posição dos estudantes e professores, foi deflagrada greve dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem, em novembro do mesmo ano. Após 20 dias com as aulas e os serviços de atendimento à população paralizados, a greve encerrou com todas as suas reivindicações atendidas, como a incorporação do Hospital Sanatório pela UFS e a destinação de recursos para sua reforma, além da assinatura de convênio com o Hospital de Cirurgia estabelecendo condições imediatas para o pleno funcionamento dos cursos.

A forma de estruturação dos serviços de saúde produz, como consequência, a concentração dos profissionais da saúde nos grandes centros urbanos, nas áreas de maior desenvolvimento econômico, uma vez que “(...) do total de 117.401 médicos registrados no país, até 1979, nos conselhos de medicina, 61.017, ou seja,

mais de 50% estavam trabalhando no Rio de Janeiro e em São Paulo”⁴⁸, deixando grande massa da população rural desassistida, o que faz com que ampliem-se as discussões e propostas de interiorização da medicina.

Esses dados, as pressões dos movimentos sociais e as denúncias da precária assistência à saúde da população, fizeram com que, no nível local, em 1983, o governador João Alves Filho anunciasse o Programa de Interiorização da Medicina em Sergipe, objetivando a descentralização das ações de saúde, o aumento da oferta quantitativa e qualitativa dos serviços médicos prestados à população do Estado e a melhoria dos padrões de saúde das comunidades interioranas.

O programa estabelecia a prestação de serviços no interior do Estado, em Unidade de Saúde operada pela Secretaria Estadual de Saúde; a fixação de residência do profissional no município onde o serviço seria prestado; exercício efetivo das atividades pertinentes ao interior; cargo ou emprego e prestação de serviços em horário integral de 40 horas semanais.

Apesar de evidenciar e focar na prestação da assistência médica, o programa incluía outros profissionais como odontólogos, enfermeiros, veterinários, sanitaristas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e administradores hospitalares. Como estratégia para a efetivação do programa estava estabelecida gratificação de até 100% do salário base do servidor e auxílio moradia, com valor variável de acordo com a distância do município.

No entanto, a forma de “início”⁴⁹ desse programa revelou o foco no modelo biomédico e na assistência hospitalar, sem alterar o padrão de assistência à saúde da população interiorana. Além, a anunciada aquisição, também por esse programa, de ambulâncias para os municípios constituía aspecto que reforçava a prática da “ambulanciaterapia” e do encaminhamento dos pacientes para outros municípios de maior porte, sem a devida responsabilização pelo gestor municipal. Nesse contexto

⁴⁸ Dados extraídos do discurso do Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, ao encerrar as festividades comemorativas dos 150 anos de fundação da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 20/10/1982 (Gazeta de Sergipe, 21/10/1982, Nº 7210).

⁴⁹ Apesar de anunciado em 1983, o Programa de Interiorização iniciou efetivamente em 1984, na cidade de Propriá, com a incorporação, pela Secretaria Estadual, do Hospital São Vicente de Paula, autorização da licitação para construção de duas Casas de Parto no município e a contratação de dois médicos para o hospital.

observava-se a deteriorização da condição de vida da população interiorana e o aumento do índice de mortalidade.

(...) a desativação das frentes de trabalho [em itabi] afetou diretamente a vida da população que vive hoje sofrendo as consequências diretas de 6 anos de estiagem que assolou o Estado. Inclusive com um aumento assustador do índice de mortalidade infantil que atinge hoje a faixa de 10 mortes por dia. (Gazeta de Sergipe, Nº 7715, 12/07/1984, p. 2)

Desta maneira, além do reforço da prática hospitalar nos diversos municípios, sem a devida estruturação da Atenção Básica, também em 1984, a iniciativa do governo estadual de construir o Pronto Socorro de Aracaju, com capacidade inicial de 100 leitos, sem desqualificar a sua importância, demonstrava o modelo de assistência escolhido para a estruturação da saúde no Estado.

Com essa iniciativa e com a aquisição de ambulâncias para os municípios, reforçava-se a prática da “migração” para Aracaju de todos os níveis de assistência, sem que os gestores municipais estruturassem as suas redes. Como pontuado, o reforço era da assistência hospitalar especializada, na contra-mão da estruturação da assistência básica, deixando a população à mercê dos esquemas eleitorais e das doenças infecto-contagiosas como os surtos de sarampo, tifo e hanseníase (Gazeta de Sergipe, Nº 7708 e 7758, de 30/06/1984 e 29/08/1984).

Por outro lado, apesar das discussões que envolviam os diversos profissionais, especialmente os sanitaristas, com o propósito da mudança do modelo assistencial brasileiro, diante do quadro de crise de resolutividade dos serviços, o reforço ao modelo hospitalar observado na política local encontrava-se em sintonia com a política de saúde implementada pelo Ministério da Saúde que, através do esquema de financiamento das ações, não desconstruía tal prática.

O orçamento do Ministério da Saúde deste ano será reduzido em Cr\$ 3,3 bilhões, ficando em Cr\$ 313,6 bilhões. Isto devido ao corte de 12 por cento sobre as receitas provenientes do Tesouro Ordinário, que foi determinada em dezembro último pelo decreto 2.099 para todos os órgãos do governo. O Ministério da saúde não efetuou corte nas dotações destinadas aos seus hospitais(...) as diminuições foram feitas em todas as Secretárias do Ministério, oscilando em

percentuais que variam de 17 a 1 por cento (...) (Gazeta de Sergipe, Nº 7599, 03/03/1984).

A deterioração da condição de vida da população interiorana, as dificuldades de acesso a assistência à saúde, uma vez que maior parcela desses serviços estavam concentrados em Aracaju, e a não efetivação do plano de descentralização da medicina, fizeram com que, dois anos após o seu anúncio, as cobranças para a estruturação efetiva de uma rede permanente de serviços de saúde em todo o Estado, ocupassem as páginas da mídia local.

Tem sido promessa constante do governo, promover a interiorização da medicina. Projeto dessa natureza só pode merecer o aplauso de todos. Afinal não se pode falar em desenvolvimento quando uma parcela da população não participa dos frutos do progresso e da ação do poder público (...) Por isso, a comunidade sergipana recebeu, com esperanças e muita alegria, o anúncio de que o Estado iria iniciar um programa de descentralização da medicina. Entretanto, de tanto esperar, o povo já começa a entrar em desespero (...) A medicina continua concentrada em Aracaju, para onde ocorrem os doentes de todos os cantos de Sergipe (...) Embora seja de grande utilidade, a implantação, na capital, do pronto-socorro, obra que engrandece a atual administração, isso não lhe dispensa do dever de disseminar unidades de atendimento pelos municípios da província, pelo menos por aqueles que se constituem em pólos regionais. (Jornal de Sergipe, 29 e 30 de junho de 1986, Nº 2353).

Em 1983, a implantação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, que já vinha sendo experimentado há dois anos na cidade de Curitiba objetivando criar uma única porta de entrada ao sistema de saúde e, ainda, racionalizar os gastos da Previdência Social, provocou reação dos profissionais locais que, através de suas entidades representativas posicionaram-se contrários ao Plano.

Os resultados da experiência foram positivos para a população segundo o INAMPS, mas para os médicos, no entanto, as críticas são muitas principalmente quanto à falta de uma ampla discussão e participação de todos os interessados, governo, médicos e usuários, e quanto a baixa remuneração do seu trabalho. Sem isso, o INAMPS corre o risco de inviabilizar a aplicação do plano que é, no geral, visto

como uma alternativa viável para a solução dos graves problemas de assistência médica (Gazeta de Sergipe, Nº 7442, 09/08/1983).⁵⁰

Nesse mesmo ano, em 1983, os médicos fundaram seu sindicato,⁵¹ momento em que ocorreu a primeira grande mobilização desses profissionais, depois do regime militar, contra o plano CONASP e a forma de pagamento dos médicos que tinha sido alterada pelo INAMPS. As grandes assembleias e passeatas mostravam a mobilização desses profissionais e a insatisfação com as mudanças postas.

Nesse ano de 1983, acho que em fevereiro, teve o primeiro movimento da saúde aqui em Sergipe, deste momento agora, não sei da década de 1940, 1950, mas deste momento a primeira mobilização que teve aqui foi porque o INAMPS mudou a forma de pagamento dos médicos, que era por US, era por procedimento e passou e passou a pagar por valor médio, mudou o procedimento. Essa mudança de procedimento levou a uma mobilização dos médicos muito grande, fizemos quatro ou cinco grandes assembleias lá na Escola Técnica Federal de Sergipe e lembro-me bem de uma passeata que fizemos lá no calçadão, com José Augusto Barreto, com Dr. Todd, com Dr. Hyder Gurgel, ou seja, com a fina flor da medicina sergipana que se mobilizou, botou cartaz na mão e, puxada pelo Sindicato, veio se mobilizar no calçadão. Isso em 1983 (Profissional).

A insatisfação com alguns aspectos do Plano CONASP e o argumento de que ele visava implantar um “padrão de assistência inferior” e por isso não atendia os anseios dos segurados que continuariam com precárias condições de assistência, fez com que os médicos, em assembleia geral no dia 14 de outubro de 1983, decidissem paralisar suas atividades por 24 horas.

A decisão da greve aconteceu, sobretudo, pela dificuldade de negociação com o INAMPS/SE, que não aceitava dialogar com esses profissionais nem aceitava a proposta que o Plano fosse suspenso e discutido nacionalmente. As articulações do sindicato com a AMB e as repercussões da greve em Sergipe impulsionaram os médicos de outros estados a se mobilizar contra a aplicação do Plano CONASP,

⁵⁰ Entrevista do então presidente da Associação Profissional dos Médicos de Sergipe sobre o Plano CONASP.

⁵¹ A assembleia de fundação do Sindicato dos Médicos ocorreu em 25/11/1983, quando foi eleita diretoria provisória com Ailton Pita Falcão como presidente e Nestor Piva como vice-presidente. No entanto, a carta sindical só foi recebida no dia 12 de Março de 1985.

como o caso de Alagoas, onde foi organizada, no mês de novembro do mesmo ano, uma greve nos mesmos moldes da que aconteceu em Aracaju.

A visibilidade e repercussão do movimento contra o CONASP, em um momento de crescimento dos movimentos sociais, especialmente do movimento sindical, agora já sob influência e marco de ação do novo sindicalismo, fez com que essa greve dos médicos recebesse moção de apoio e solidariedade dos dezoito sindicatos rurais e urbanos reunidos no ENCLAT, em outubro de 1983, e da CUT/SE criada nesse encontro.

Apesar de toda essa mobilização, o Plano CONASP foi implementado em dezembro de 1983 sem as mudanças propostas. No entanto, a (re) descoberta do sindicato como espaço de lutas, das ruas como espaço de publicização dos problemas da saúde, além da visibilidade e fortalecimento dos movimentos da saúde como movimentos sociais que, a partir de então, passaram a aglutinar os profissionais e usuários nas lutas e embates que aconteceram em toda a década, constituíram ganhos inquestionáveis.

Em 1984, aconteceu a primeira grande greve da saúde, denominada “greve branca”, com participação expressiva dos diversos profissionais, como os dentistas, enfermeiros e assistentes sociais e durou em torno de vinte dias. A greve aconteceu tendo como reivindicação principal o salário mínimo profissional, e a proposta de fixação de dez salários mínimos, e, ainda, o direito de insalubridade.

Em 1984, nós fizemos a primeira greve importante, importante ou sem importância, não tinha tido greve antes do setor saúde. A greve foi porque a Secretaria pagava 3,2 salários mínimos, esse era o valor que o médico recebia, e havia uma bandeira nacional que nós deveríamos lutar por dez salários mínimos, a briga foi essa. Puxamos esse movimento e nele as demais categorias se incorporaram, com assembléias, as enfermeiras, dentistas, assistente social, enfim, todo nível superior se integrou nesse movimento e fizemos uma greve, no primeiro governo João Alves, uma greve longa de uns quinze a vinte dias, que mobilizou a cidade, teve repercussão, pois era a primeira vez que os médicos de branco, em passeata... então houve uma energia muito positiva no seio da categoria, com discurso que tinha que recuperar a dignidade... A linha de discurso nessa linha. (Profissional).

Essa greve funcionou como elemento impulsionador para a organização dos diversos sindicatos dos profissionais da saúde, além de “alavancar” outros “pequenos movimentos. Assim que, envolvidos nesse processo de mobilização, os odontólogos fundaram a Associação dos Odontologistas de Sergipe, entidade pré-sindical, em julho de 1984. Nesse mesmo ano, os estudantes de odontologia da UFS realizaram uma greve que durou sete dias, reivindicando melhores condições de aprendizagem e de atendimento à população.

No espaço institucional, em setembro de 1984, as discussões centraram-se nas Ações Integradas de Saúde-AIS, iniciadas no Encontro de Secretários de Saúde do Nordeste, na cidade de Salvador e, no nível local, durante o “Seminário das Ações Integradas de Saúde”, ocorrido em Aracaju, como consequência do convênio firmado entre o Ministério da Saúde, MPAS, o Ministério da Educação e Cultura e o Governo do Estado, preconizando facilitar a discussão e o encaminhando do novo sistema de atendimento médico-sanitário a ser posto em prática a partir de então.

No entanto, a forma de participação dos trabalhadores na discussão da política de saúde através de seminários, prática geralmente utilizada nesse momento, era bastante criticada. As formas de participação passam a ser questionadas por esses novos atores, que reivindicavam participar das decisões e não somente na execução das ações.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995, apud BRASIL, 2006, P. 39).

Com a Nova República e o arranjo político que fora feito para o apoio à candidatura de Tancredo Neves para presidente, o governo do Estado e a Prefeitura de Aracaju, em 1985, sofreram as pressões dos médicos que, na campanha salarial desse ano, deflagraram nova greve devido à dificuldade de negociação com o governador. Agora com a adesão de profissionais do Instituto de Previdência de Sergipe - IPES e de todas as categorias profissionais da saúde, ocuparam mais uma

vez as ruas, as galerias da Assembléia Legislativa e os gabinetes dos gestores municipais e estaduais para negociação das reivindicações.

Os profissionais da área da saúde não vão abrir mão do piso de dez salários mínimos nem do plano de reclassificação proposto ao governo do Estado, num documento entregue no mês de março. A categoria permanece em greve por tempo indeterminado e o reajuste concedido pelo governador João Alves Filho de 11 por cento para os servidores públicos não interrompe a greve. Ficou decidido em assembléia geral, realizada na última sexta-feira à noite, na sede da Sociedade Médica, que os profissionais da área da saúde vão debater com os deputados estaduais no plenário da Assembléia Legislativa o movimento grevista que já completou doze dias. Na terça-feira, os médicos vão em comissão ao governo do Estado tentar uma nova negociação para que o impasse criado seja resolvido. (Gazeta de Sergipe, Nº 7938, 22/04/1985, p. 1).

Apesar da maior visibilidade do movimento ser dos médicos, devido ao modelo de assistência brasileiro, médico-centrado, que foca a importância maior desses profissionais na assistência à saúde em detrimento da ação dos demais profissionais, o apoio recebido dos diversos movimentos sociais, especialmente o movimento sindical e os movimentos de bairros, numa articulação ímpar da história local com os usuários do sistema, é fator que, além de dar maior força, pelo aumento do poder de pressão nas negociações, e visibilidade ao movimento grevista, colocava para a sociedade as questões políticas que atravessam a “saúde”.

Todos esses fatos contribuíam, ainda, para a visibilidade e importância da ação dos demais profissionais de saúde, que tiveram participação decisiva nesse movimento, com a passagem, mesmo que lenta, da denominação de “greve de médicos e pára-médicos” para a “greve dos profissionais da saúde”.

A greve vai continuar. Esta é a decisão dos médicos e pára-médicos, tomadas ontem à noite em assembléia geral realizada na Sociedade Médica de Sergipe, situada à rua Guilhermino Rezende. Pela decisão, a greve vai continuar por tempo indeterminado, com a categoria se reunindo em assembléia geral de três em três dias, até que o Governo do Estado aceite as reivindicações apresentadas. Ontem, ainda, o movimento grevista recebeu a adesão dos assistentes sociais e o apoio da ADUFS – Associação dos Docentes da Universidade Federal de Sergipe e do Partido dos Trabalhadores (Gazeta de Sergipe, Nº 7931, 13/04/1985, p. 1).

Uma grande passeata pelas ruas centrais de Aracaju vai acontecer na próxima segunda-feira em apoio à greve dos profissionais da área da saúde. O ponto final é o Palácio Olímpio Campos, onde estudantes e profissionais da área da saúde, com o apoio popular, vão se concentrar com faixas e cartazes na Praça Fausto Cardoso para criticar a falta de diálogo por parte do Governo do Estado. (...) Fortalece o movimento grevista dos profissionais da área da saúde com a adesão das associações de moradores de bairros, que ontem a tarde lotaram a sociedade médica e deram apoio integral aos grevistas. Representantes dos bairros reivindicaram melhor assistência médica às comunidades, que sofrem com a falta de condição de trabalho do profissional de saúde e pediram ao Governo do Estado bom senso (Gazeta de Sergipe, Nº 7948, 04/05/1985, p. 1 e 4).

O apoio popular recebido pela greve, anunciado na imprensa local, revelava que ela não tinha aspecto essencialmente corporativista e que a defesa da qualidade da assistência à saúde, colocada sempre na pauta de reivindicações, alertava os movimentos sobre a importância da defesa do sistema público de saúde.

O que acontecia em Sergipe, nesse movimento, era a concretização objetiva dos princípios do Novo Sindicalismo, com a articulação do movimento sindical e os movimentos de bairros, que identificavam, na greve, a defesa de direitos de todos, apesar da paralização, de forma imediata e superficial, demonstrar a negação desse direito, pelo não atendimento, argumento esse utilizado pelos gestores.

Após várias tentativas frustradas de negociação e ameaça de decretação da ilegalidade da greve, ela chegou ao seu final após o governador solicitar autorização, ao Ministério da Saúde e MPAS, para remanejar recursos do convênio CONASP, além de conceder reajuste salarial de 20% aos profissionais. Além disso, o movimento teve outras importantes vitórias como a decisão de elaboração do Plano de Cargos e Salários da Administração Estadual; a concessão do índice integral do INPC; a semestralidade dos reajustes salariais e a regularização dos profissionais credenciados pelo IPES.

No segundo semestre de 1985, em uma conjuntura favorável aos movimentos sociais, inseridos nas mobilizações organizadas pelas centrais sindicais, os profissionais da saúde denunciavam o desrespeito do governador aos acordos pactuados na última greve. Envolvidos nessas mobilizações, fizeram greve de vinte e quatro horas para denunciar o arrocho salarial e reafirmar a luta pelo piso salarial de dez salários mínimos.

Nesse momento, a Nova República objetivou-se, como arranjo político imediato, em Aracaju, com a indicação do prefeito. Transitando entre limites e contradições, com diversos interesses políticos a serem atendidos, inclusive dos profissionais da saúde, essa gestão incorporou o discurso da participação popular e realizou alguns espaços de consulta à população objetivando definir as prioridades para a gestão.

Foram espaços ocupados pela população, utilizados para a publicização de suas necessidades mais imediatas, de caráter consultivo, sem caracterizar uma participação popular na gestão dos serviços de saúde, mas que contribuiu para a ampliação dos canais de participação.

A administração José Carlos Teixeira está chegando às comunidades através das Associações de Bairros, realizando reuniões em Centros Sociais, debatendo com os comunitários problemas de transporte, ruas, saúde e saneamento. Detectados os problemas, as soluções são encaminhadas através dos órgãos competentes. Com a participação direta da população, já foram realizadas 8 reuniões plenárias, resultando daí soluções concretas. (...) (Gazeta de Sergipe, Nº 8020, 31/07/1985, p. 2).

A partir desses encontros, a Secretaria de Saúde de Aracaju elaborou diagnóstico das condições dos serviços e traçou plano emergencial que contemplou, entre outras ações, a compra de medicamentos e equipamentos para as unidades de saúde e ampliação do quadro de profissionais, com a contratação, entre outros profissionais, de 14 (quatorze) assistentes sociais, além de determinar o funcionamento das unidades de saúde até as 22 horas, como forma de garantir o atendimento básico aos que trabalhavam durante todo o dia.

Como visto no primeiro capítulo, na década de 1980 a saúde pública crescia qualitativamente em decorrência da

(...) estratégia dos sanitaristas, de penetração no aparelho de Estado de forma orgânica, para fortalecer o setor público [e, no] Ministério da Saúde houve maior penetração dos profissionais que defendiam uma nova visão de saúde pública, em decorrência de esse Ministério ser desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária. (BRAVO 1996, p.46).

Também em Sergipe foi possível perceber essa tendência, com os profissionais que participavam do movimento pela reforma sanitária ocupando cargos de direção nas secretarias estadual e municipal de saúde.

Em Aracaju essa tendência foi acentuada especialmente a partir de 1985, com a primeira eleição para prefeito de Aracaju e a vitória expressiva do candidato do PMDB, partido que, nesse momento, aglutinava também os profissionais da saúde ligados ao PCB. Com a indicação do vice-presidente do Sindicato dos Médicos, militante do PCB e dos movimentos da saúde, para ser secretário de Saúde, iniciou-se, no espaço da gestão, um processo de discussão e construção coletiva de uma proposta de política de saúde para Aracaju envolvendo todas as categorias profissionais da saúde e os movimentos sociais, mais especificamente as lideranças comunitárias através das associações de moradores.

Vieram eleições para a Prefeitura de Aracaju, aí esse grupo de esquerda do sindicato resolve apoiar Jackson Barreto para Prefeito de Aracaju. Jackson Barreto se elege e a Secretaria de Saúde é oferecida a esse grupo. Então o grupo vai para a Secretaria de Saúde, (...) em 1985, só que aí foi um desgaste muito grande, porque passou a idéia, o movimento pouco maduro, começando (...) e todo o grupo foi para a Secretaria, inclusive os que eram estudantes foram nomeados para os cargos, então o grupo ocupou a Secretaria com proposta de grupo, não foi A, nem B, nem C (Profissional).

O desgaste atribuído deve-se ao fato desse grupo,⁵² hegemonicamente, ter liderado os movimentos grevistas da saúde até então, e de ter sido acusado, pelos médicos, de utilização instrumental do movimento para indicação e ocupação dos cargos. Ainda, a precariedade da rede municipal de assistência, os limites estreitos do esquema de financiamento e as demandas colocadas pela população e pelos profissionais tensionavam permanentemente o grupo.

O que aconteceu? Nós no queimamos no movimento. Porque o movimento atribuiu isso a oportunismo, 'aí ó, os caras só queriam participar de movimento para se aproveitar, é tudo farinha do mesmo saco'. Enfim, foi péssimo para o movimento. (Profissional).

⁵² Importante registrar aqui a participação de Nestor Piva, já falecido, que foi o primeiro presidente do Sindicato dos Médicos, ligado ao Partido dos Trabalhadores, e que teve participação fundamental, com sua experiência e coerência política, nesses movimentos.

(...) os recursos próprios da Prefeitura são de Cz\$ 2 milhões e 400 mil para o ano inteiro e nós já gastamos Cz\$ 2 milhões e 300 mil. O INAMPS libera uma verba de Cz\$ 200 mil mensal, mas está suspensa porque a Prefeitura não tinha prestado conta desde abril de 1985. (Jornal de Sergipe, 30/05/1986, Nº 2328).

Mesmo com tantos limites, foi-se estruturando a rede e as ações, e houve a realização do primeiro concurso público para o preenchimento dos cargos.

Em processo permanente de construção/desconstrução, nessa gestão ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde de Aracaju, em 09 de março de 1986, com ampla participação dos trabalhadores e usuários da saúde. Rompendo com os formatos de conferências acontecidas até então nas quais as discussões eram meramente técnicas, os temas e debates focaram na análise de conjuntura, na reorganização da rede básica de saúde e nas formas de participação popular.

Os debates, iniciados com a análise da conjuntura nacional e local, demonstraram que as discussões sobre o tema da saúde, começavam a estar articuladas, no nível local, nos espaços de deliberação da política e por seus sujeitos, com os temas sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Por sua vez, a necessidade de reorganização da rede básica de saúde e a qualidade dos serviços, foram temas e propostas que evidenciaram a necessidade e importância do município estruturar essa rede para garantir o acesso da população excluída do sistema de saúde. A preocupação com a garantia da qualidade justificava-se uma vez que a rede municipal ainda era quantitativamente pequena e não estava estruturada nos diversos níveis de complexidade, o que implicava, ainda, na garantia da integralidade da atenção.

Nesse momento eram ofertadas, essencialmente, assistência médica ambulatorial nas áreas de clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria, além da assistência de enfermagem e odontologia. Em algumas unidades de saúde contava-se com a presença do visitador sanitário e do assistente social.⁵³

Especial destaque, nessa conferência, teve o tema “Participação popular”, com propostas que reivindicavam a implantação do conselho, ainda consultivo, de saúde e a participação popular no controle e fiscalização dos serviços.

⁵³ No Capítulo III discorro especificamente sobre o Serviço Social na Secretaria de Saúde de Aracaju.

Em consonância com os diversos movimentos e greves que marcaram a década de 1980, formatados segundo os princípios do *Novo Sindicalismo*, durante todo o ano de 1986, os funcionários públicos municipais realizaram diversas mobilizações e greves. Os profissionais de nível superior da saúde, mobilizados pelo sindicato, discutiram a equiparação salarial com os engenheiros e arquitetos que recebiam, de forma diferenciada dos demais, piso de seis salários mínimos. As mobilizações, durante todo o ano, receberam apoio do então gestor municipal que, em tensão política com o prefeito, deixou o cargo no início de 1987.⁵⁴

Que é que acontece? Já estamos mais ou menos em 1986, em 1987, não lembro bem, e aí nós brigamos com Jackson, porque tínhamos que brigar, o grupo, nós éramos extremamente românticos e utópicos, o que era incompatível com o poder real. Brigamos e ao invés de sair da Secretaria, o grupo todo, o poder nos desuniu, porque na hora que Jackson foi reunir o grupo, o grupo com um documento assinado, ele foi esperto, olhou no olho de cada um e disse “eu queria convidar fulano para ser o Secretário”. Aí quando convidou fulano, o grupo dividiu-se automaticamente, o grupo rachou e os resultados desse racha até hoje são visíveis. Uma parte saiu e uma parte ficou (Profissional).

O Secretário de Saúde de Aracaju, Antonio Samarone, estará apoiando a manifestação que os profissionais de nível superior do município irão realizar na próxima segunda-feira (...) para tratar de assuntos salariais. Samarone, que vem tendo sérias divergências com Jackson Barreto, por não concordar com alguns atos políticos do prefeito, deverá pedir exoneração logo após o ato público, quando explicará os motivos que o levaram a pedir tal exoneração (Jornal de Sergipe, 11/11/1986, Nº 2.440).

A decisão de sair do espaço da gestão, nessa conjuntura de ampla mobilização popular, de efervescência dos movimentos sociais, quando as discussões e deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde ainda estavam presentes nesses movimentos, temperadas, ainda, com as discussões e mobilizações do processo de elaboração da nova Constituição, evidenciavam os limites de ação nesse espaço, apesar das mudanças postas.

⁵⁴ O PCB, que era da base aliada do então prefeito Jackson Barreto, indicara os Secretários de Educação e Saúde. Em 1987, após várias discordâncias e tensões com o prefeito sobre a condução dessas duas políticas, os dois Secretários afastaram-se dos cargos e o PCB, mesmo permanecendo na base aliada, orientou os seus militantes para saírem da gestão.

Evidenciavam que essa ação requeria a necessidade de transformações substanciais nas áreas econômica e social, capazes de erradicar definitivamente o modelo econômico e os graves problemas sociais que o regime ditatorial acentuou e que foi responsável pelo agravamento da precária condição de vida da população. Evidenciavam ainda, a necessidade urgente de uma reforma da Previdência Social e da superação do direito à saúde baseado no seguro social, o que tornava o seu acesso um privilégio de poucos.

Nesse contexto, ganhava visibilidade a crise que atravessava o INAMPS, após haviam várias denúncias de desvio de recursos. Com insuficiente quadro de servidores para o atendimento da demanda de segurados, a saída foi buscada na ampliação e fortalecimento das AIS em Sergipe, através de assinatura de convênios com a Secretaria Estadual de Saúde e diversas prefeituras do interior do Estado. Em processo que foi denominado de “estadualização e municipalização” da saúde, o INAMPS repassava os recursos para esses órgãos que, por sua vez, assumiam o compromisso de atender a população segurada. Caracterizava-se, assim, a transferência e desconcentração de recursos da rede federal para as redes estadual e municipal, para a obtenção dos serviços, sem que ocorresse uma mudança mais efetiva na estrutura previdenciária brasileira e no sistema de saúde.

O ano de 1987 iniciou com nova mobilização dos trabalhadores da saúde reivindicando o disparo do “gatilho salarial” como previa o plano econômico e o estabelecimento de canal de negociação com o Governador⁵⁵ sobre o aumento salarial. A coordenação desse movimento era “colegiada”, com representação dos sindicatos e associações das diversas categorias profissionais, forma utilizada pelo movimento para romper, na prática, com a organização sindical oficial.

Após greve ocorrida no mês de maio desse ano, os profissionais da saúde se articularam com os professores da rede estadual de ensino e unificaram os movimentos objetivando aumentar o poder de pressão na negociação. O movimento teve fim com a garantia de 20% de aumento salarial, a regularização de adicional para os servidores de nível médio e a redução da carga horária/diária dos enfermeiros e assistentes sociais para 3 (três) horas, o que já vinha ocorrendo com os médicos.

⁵⁵ Nesse momento, o Governador era Antônio Carlos Valadares.

Essas experiências de unificação dos movimentos e da estreita relação com o conjunto dos trabalhadores através das assembléias permanentes, além das greves gerais comandadas pelas centrais sindicais, das discussões encaminhadas sobre a forma de organização sindical por ramos de produção, objetivaram-se, em 1988, na fundação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Sergipe-SINTASA.

Em 1987, a parte que saiu da gestão, funda o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, já em contexto de organização sindical por ramo de produção, não mais por categoria profissional, como forma de ampliar, articular melhor e fortalecer as lutas dos trabalhadores. Esse Sindicato passa a dirigir os movimentos na área da saúde a partir de então. Lembre que aqui já está acontecendo a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituinte, já está se fazendo propostas na área da saúde, a reforma sanitária já está tomando corpo nacionalmente. De 1982 a 1986, o governo João Alves foi parte da história que eu contei, agora eu já estou no governo Valadares (Profissional).

Nesse contexto de organização e mobilização dos trabalhadores da saúde, no final de 1987, as mudanças no espaço institucional continuavam a se processar, agora com a criação do SUDS.⁵⁶

Para viabilizar a sua implantação, a Secretaria Estadual de Saúde formou grupos de trabalhos, compostos por técnicos das diversas instituições e redes, para sistematização das propostas, uma vez que, com o SUDS, novas e velhas demandas foram (re) colocadas, tais como: a construção de modelo assistencial para o Estado, adequação e reequipamento da rede pública de saúde, isonomia salarial, recursos humanos, sistema único de informação, modernização e ampliação dos laboratórios da rede pública, saneamento básico e estruturação administrativa.

Quem está no Governo aqui é Valadares e Sergipe foi o último Estado a assinar o convênio do SUDS, pois Valadares dizia que não assinaria, que não tinha interesse em assinar esse convênio. Teve uma crise no Hospital Cirurgia, que é um hospital filantrópico, de 600 leitos, um hospital importante, e o Governo Federal condiciona repassar dinheiro para o Hospital de Cirurgia se o governo estadual

⁵⁶ Em 07/08/1987 foi assinado o Convênio para implantação do SUDS em Sergipe, tendo como signatários, de um lado, os Ministros da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação e, do outro lado, o Governador do Estado, Antônio Carlos Valadares, e o Secretário de Saúde e Bem-Estar Social, Lauro Maia. No mesmo ato, assinaram um termo aditivo o Prefeito de Aracaju, Jackson Barreto, e o Secretário Municipal de Saúde, Gilmário Macedo.

assinasse o SUDS. Então no prazo de oito dias, Sergipe nunca tinha discutido SUDS, chega a informação, eu era também funcionário da Secretaria de Saúde, ‘olhe o governador vai assinar sexta-feira o SUDS’. É tanto que o convênio que o governador assina tem uma particularidade, vários termos continuam Salvador-Ba, porque não deu tempo nem de mudar o documento, foi assinado às pressas (Profissional).

A forma de implementação do SUDS, sem envolver os trabalhadores e usuários do sistema, através das suas organizações, além das discussões políticas “pelo alto”, provocou questionamentos ao sistema que nascia.⁵⁷

O movimento pela reforma sanitária, no Brasil e em Sergipe, apesar da polissemia existente entre os diversos vocalizadores, focava, cada vez mais, na tese da determinação social da doença e na necessidade de construção de um sistema de saúde que rompesse com as redes paralelas, com a diluição dos recursos e garantisse a universalidade e integralidade das ações.

Como visto no capítulo anterior, esse não foi um movimento isolado da dinâmica dos movimentos sociais e refletia os anseios de mudanças em um setor específico da sociedade brasileira, mas que, haja vista a concepção de saúde assumida, requeria mudanças além do seu entorno. Assim, somente uma reorganização da rede pública de saúde prestadora de serviços, tal como foi encaminhada a implantação do SUDS em Sergipe pela Secretaria Estadual de Saúde, causaria pequeno impacto sobre a condição de saúde da população, resultando, no máximo, em alterações nos indicadores clássicos de saúde.

Além disso, o processo de descentralização da rede federal para as redes estaduais e municipais, tal qual encaminhado naquele momento, provocou a discussão sobre a garantia da qualidade dos serviços, uma vez que o processo histórico de construção dessas redes contribuiu com o fortalecimento e consolidação da primeira em detrimento das outras duas.

A discussão tinha como pressuposto que descentralizar as ações e serviços, sem uma mudança mais efetiva nessas estruturas, poderia significar um nivelamento por baixo e a queda da assistência a ser prestada.

⁵⁷ As pontuações que aqui coloco são extraídas do artigo “Reforma Sanitária: a montanha pariu um rato”, de Antonio Samarone de Santana, publicado no Jornal de Sergipe Nº 2.683, em 09/08/1987.

Assim sendo, a reorganização proposta deveria ser acompanhada de amplo debate, envolvendo todos os segmentos, sobre os caminhos a serem trilhados a partir de então, na perspectiva de democratização do setor, que andava em passos lentos.

Na operacionalização, o envolvimento dos profissionais das diversas redes, com salários e condições de trabalho diferenciadas, e a democratização da saúde foram também questões que funcionaram como “lenha na fogueira” e aqueceram as discussões e mobilizações. A isonomia salarial dos profissionais passou a ser, dessa forma, bandeira importante do movimento dos trabalhadores que, através de diversas greves e movimentos, chegaram a paralisar praticamente todos os serviços de saúde no Estado, especialmente em Aracaju. A estratégia inicial encontrada para diminuir essa defasagem salarial foi o pagamento de uma “gratificação do SUDS”, repassada aos profissionais com constantes atrasos.

(...) numa manifestação que contou com a presença de servidores do Estado, do município, INAMPS, SUCAM, IPH e HEMOSE, no primeiro dia de greve da categoria, que foi decretada na semana passada, em protesto pelo não pagamento das gratificações do SUDS, desde o último mês de janeiro. Portando faixas e cartazes, os manifestantes estão exigindo a saída do Médico Edney Freire Caetano daquela Secretaria, sob o argumento de que ele não está cumprindo o convênio feito entre o Governo do Estado e a Previdência Social que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e muito menos está zelando pela saúde da população, pois desde que assumiu a Secretaria de Saúde até seringas estão faltando em alguns postos de saúde do Estado (Jornal de Sergipe Nº 2873, 29/03/1988).

As mobilizações e greves ocorridas, além de denunciarem as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a precária assistência oferecida à saúde da população sergipana provocavam também o questionamento sobre a eficiência do sistema de saúde que então se implantava.

Com o SUDS anunciava-se o propósito de romper com a hipertrofia da rede federal, com a concentração e centralização de recursos e programas, deslocando-os para os Estados. No entanto, esse anseio esbarrou, no nível local, nos desmandos políticos e na inadequada gestão dos recursos.

(...) instalou-se o caos, com recursos financeiros servindo apenas para fortalecer o caixa dos Estados que deliram com os resultados da aplicação desses valores no mercado aberto. As ações de saúde, todavia, ficaram sacrificadas (...) A medida que despontou como uma espécie de salvação, de repente, tornou-se um espantinho (...) Antes que alcancemos o pior, convém que o Governo repense seu programa, redirecionando-o, corrigindo-lhe os defeitos que estão à vista e, sobretudo, evitando que ele venha a se transformar num instrumento meramente eleitoral. (Jornal de Sergipe, Nº 2.922, 28/05/1988)

O Tribunal de Contas de Sergipe estima em mais de 20 milhões de cruzados, sem correção monetária, o total de recursos desviados do SUDS pelo Secretário Edney Freire Caetano no período de dezembro de 87 a dezembro de 88. Edney é acusado de promover mordomias e mandar confeccionar panfletos de promoção pessoal com o dinheiro do Estado. Contra o ex-secretário também pesa a acusação de ter promovido licitações irregulares para a execução de serviços no âmbito da Secretaria. (Jornal de Sergipe Nº 3.322, 04/10/1989).

Apesar das barreiras e dificuldades locais, com as constantes perseguições aos profissionais que participavam na linha de frente dos movimentos, esse foi um momento em que os trabalhadores da saúde mostraram grande poder de mobilização e pressão, conquistando vitórias importantes como o adicional de insalubridade para todos os profissionais; pagamento das gratificações do SUDS aos servidores do INAMPS no período de janeiro a março de 1988;⁵⁸ recebimento de todas as parcelas da gratificação do SUDS; reposição salarial dos servidores do Hospital João Alves Filho, em 1988, após 48 dias de “operação tartaruga”;⁵⁹ aumento de 200% sobre a gratificação do SUDS, em 1988, entre tantas outras.

No espaço institucional e da gestão, com as greves e denúncias conquistou-se a realização de concurso público estadual, em 1988, com 580 vagas em todo o Estado objetivando garantir o modelo assistencial preconizado e ampliar o acesso aos serviços; o investimento pelo Governo do Estado de Cz\$ 2,6 milhões em obras

⁵⁸ Tendo em vista o Decreto-Lei Nº 95.861, de 22/03/1988, assinado pelo presidente José Sarney, que proibia o recebimento de gratificação do SUDS pelos funcionários do INAMPS, o Secretário Estadual de Saúde suspendeu os pagamentos referidos. No entanto, após várias greves dos previdenciários e recurso na PGE/SE, esse direito foi assegurado em 1988, garantindo-se o princípio que a lei não retroage para prejudicar.

⁵⁹ Assim denominada a greve realizada em 1988, uma vez que os servidores assinavam o ponto e realizavam somente os atendimentos de urgência.

na saúde pública em 1988 e início do repasse das unidades de saúde para a Secretaria de Saúde de Aracaju.⁶⁰

Apesar de não garantir a isonomia salarial efetivamente, uma vez que as negociações se deram por meio da conquista de gratificações, de complementações salariais que não eram incorporadas à remuneração, esse processo de organização dos trabalhadores da saúde, no contexto de implantação do SUDS, e a articulação com outros segmentos de trabalhadores, especialmente com as experiências de mobilização do conjunto dos servidores públicos que marcaram a década de 1980, garantiram vitórias expressivas e contribuíram para dar visibilidade política à luta pela reforma sanitária em Sergipe, resultando, ainda, na criação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – SINTASA, em dezembro de 1988.

A criação desse sindicato, resultado do percurso de lutas dos trabalhadores da saúde, revelava o acúmulo da discussão sobre a política de saúde e a tendência de superação da estrutura sindical corporativa e das lutas isoladas das diversas categorias profissionais, o que possibilitava maiores avanços e conquistas para aquelas com maior poder de pressão e negociação, no caso específico da saúde, a categoria dos médicos.

Mas uma coisa que marcou também nesta caminhada foi o movimento dos profissionais de saúde e uma greve que culminou com a greve geral de Saúde em oitenta e seis, onde tivemos alguns ganhos, na área de Saúde e foi a primeira greve, eu acho, em que os médicos, atendemos os públicos na frente do palácio do governo. Eram várias tendas, onde os auxiliares faziam a pressão arterial, a gente também orientava o paciente porque os postos estavam fechados. E eu perdi a direção da unidade... Porque eu era diretora e tive que fechar a unidade junto com a comunidade por conta desta greve. Foi naquele momento que iniciou um processo de discussão do sindicato dos trabalhadores da saúde, o SINTASA. Então o SINTASA surgiu desses movimentos....Então a história da reforma sanitária tem muitos protagonistas. Piva mesmo, no movimento sindical, contribuiu muito para esta discussão, eu lembro que na Assembléia, a gente não discutia só a questão salarial, a gente discutia condições de trabalho, a gente discutia que o modelo de assistência não era centrado nas pessoas, que o modelo era

⁶⁰ Em junho de 1988 as Unidades de Saúde José Machado de Souza e o PAM do Bairro Palestina foram repassadas para a Secretaria de Saúde de Aracaju, como preconizado no Modelo Assistencial, através do qual, entre outros itens, seriam repassadas algumas Unidades de Saúde da Secretaria Estadual e do então INAMPS para a Secretaria Municipal.

centrado na doença e não na prevenção, na aprovação da saúde. Então tiveram vários momentos interessantes (Profissional).

Ainda no espaço institucional e da gestão, outra grande conquista desse movimento, na perspectiva de garantir o pleno direito à saúde e a democratização do setor, foi a criação do Conselho Estadual de Saúde, em 1987, através de decreto governamental, com o objetivo de garantir a participação da população na formulação e fiscalização da política de saúde.

A primeira eleição para escolha dos membros do Conselho Estadual mobilizou os diversos profissionais e sindicatos.

O segundo elemento é que no SUDS veio embutida a história da participação, formar-se-ia o Conselho Estadual de Saúde, com caráter deliberativo, todo esse discurso que vocês conhecem estava nesse Conselho. Eu acho que foi nesse momento que o movimento social na área da saúde foi mais forte em Sergipe, porque nesse momento a gente conseguiu reunir vinte e três entidades só da saúde, todos os Conselhos, todas as Associações, de Farmácia, Assistente Social, tudo. Desse grupo aqui se formou um super conselho dos movimentos que passou a ter força, e foi este Conselho que elegeu, que fez eleições diretas para os representantes do Conselho Estadual de Saúde. Nós mobilizamos o Estado inteiro para fazer essa eleição. No voto. As vinte e três entidades patrocinaram a eleição. Quem quis se candidatar.... Então, o auge desse movimento foi até 1992, 1993. Outra coisa, foi um momento em que havia muito debate, muito Seminário para discutir (Profissional).

Como visto, a criação do Conselho Estadual de Saúde e o processo de mobilização dos profissionais para escolha dos seus representantes caracterizaram um momento rico para os movimentos sociais da saúde, pelos caminhos percorridos, pela aproximação da luta para a construção de um novo sistema de saúde ao espaço da gestão, para a publicização das tensões e conflitos existentes, apesar das dificuldades encontradas para a partilha do poder e dos “descaminhos” que a política de saúde trilhou em Sergipe.

O trânsito nesse espaço não fora tarefa fácil e implicava, várias vezes, no enfrentamento político acirrado, considerando que a garantia do direito à saúde e a democratização desse setor não dependem meramente de questões técnicas e

administrativas, mas, fundamentalmente, dos posicionamentos políticos sobre “o que” e “como” se quer construir.

Esses enfrentamentos resultavam, geralmente, na compreensão, por parte dos gestores, como uma luta política partidária, como ataques pessoais e de desconstrução do pouco até então construído.

As arestas maiores eram de cunho político-partidário que sempre surgiam para atrapalhar uma coisa maior. A gente tava trabalhando em política de saúde, articulando os vários setores sociais representados e o desgaste maior, as dificuldades maiores eram interpostas pelos agentes político-partidários porque tinham uma visão caolha, limitada e uma eleição se aproximando, então ali era um palanque excelente para suas propostas, que eram apenas propostas retóricas e o nosso trabalho ia muito além. Muitas vezes o que estava se colocando lá por esses agentes era um retrocesso, a gente já tinha dado um passo adiante, partindo para um processo de integração e eles queriam voltar para o formal, no máximo multidisciplinar e aí se esgotavam, os seus discursos e as suas práticas, porque não eram visões coletivas, visões que abrangessem todo o contexto da sociedade. Era simplesmente o proselitismo e a luta pela tomada de posição do poder. Isso no conselho e fora do conselho, porque a campanha tava na rua, então algumas pessoas que faziam parte do conselho saíram para uma coisa dirigida, com interesses de partido e deixando de lado o compromisso maior, mais abrangente. Então o interesse pessoal, partidário, limitando uma coisa maior. (Profissional)

O Conselho está desativado, pois o Secretário de Saúde jamais o convoca. Ele faz o que quer, pois se posiciona como o vice-rei da saúde no Estado, ou seja, faz o que dá na sua cabeça e de seu grupo, sem nenhuma democracia, participação ou transparência. Estou realmente preocupado, pois verdadeiramente o SUDS poderia melhorar a questão de saúde da população, pois tem recursos suficientes, só que os mandarins não querem. (Jornal de Sergipe Nº 2968, 23/07/1988)⁶¹

Apesar dos “descaminhos” e “atalhos”, a reforma sanitária em Sergipe ia tomando forma, o que podia ser observado através do crescimento, mesmo tímido e com muitos limites na prestação dos serviços, da rede pública de saúde, especialmente de Aracaju.

⁶¹ Entrevista concedida por Antonio Samarone, vice-presidente do Sindicato dos Médicos e, nesse momento, membro do Conselho Estadual de Saúde.

Em 1982, depois que sai da Universidade... então, no mesmo mês comecei a trabalhar na Prefeitura de Aracaju e já fui direto para a Secretaria de Saúde. Lá só éramos nós e naquela época tínhamos **08 (oito) Postos de Saúde e um Centro de Reidratação**, então naquela época a gente dividiu, uma ficava com a zona norte e outra com a zona sul e o trabalho que a gente fazia naquela época era um trabalho com a vigilância sanitária no combate ao calazar e o bicho do pé (Profissional).

Quadro 2 - Rede Pública de Saúde de Sergipe por tipo de estabelecimento/1988

Unidades Ambulatoriais	Unidades Hospitalares	Casas de Parto	TOTAL
358	23	31	412

Fonte: Jornal de Sergipe Nº 2.844, 24\02\1988

Quadro 3 - Rede Pública Municipal de Aracaju por tipo de estabelecimento/1988

Centros de Saúde	Postos de Saúde	Clínica Pediátrica	TOTAL
07	12	01	20

Fonte: Jornal de Sergipe Nº 2.844, 24\02\1988

Quadro 4 - Rede Ambulatorial Pública em Aracaju – 1988.

Secretaria Estadual	Secretaria Municipal	INAMPS	TOTAL
16	20	03	39

Fonte: Jornal de Sergipe Nº 2.878, 05\04\1988

Elaboração própria

Os dados acima demonstrados revelam um processo de estruturação no qual a rede pública municipal apresentava-se quantitativamente e, de forma crescente, superior às redes federal e estadual, especialmente em relação à primeira. No entanto, considerando que ela era constituída predominantemente de Postos de Saúde, com capacidade instalada e de atendimento real bem inferior aos Centros de Saúde e, especialmente aos PAM's do INAMPS, essa superioridade quantitativa não refletia a capacidade real de atendimento. Ademais, considerando ainda que não

existia um ordenamento da rede na perspectiva de garantir o acesso e a integralidade da assistência, nem um sistema de referencia e contra-referencia, um modelo de regionalização e hierarquização, essa capacidade apresentava-se ainda mais limitada (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, 1988).

A situação do atendimento na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju agravou-se com a implantação do SUDS e a adoção do Tempo Integral Geográfico-TIG que, na perspectiva de integração das redes, previa a escolha do local de trabalho para os profissionais que possuíam mais de um vínculo profissional. A forma de implantação do TIG, sem definição de critérios baseados nas necessidades das redes e de atendimento às necessidades em saúde fez com que a escolha para o desenvolvimento das atividades profissionais na Secretaria de Saúde de Aracaju fosse, para aqueles que buscavam melhores salários e condições de trabalho ou mesmo quisesse “fugir” das tensões da saúde coletiva, como uma das últimas alternativas. Esse fato resultou, ainda mais, no “encolhimento” da capacidade de atendimento da rede municipal.

Segundo o Secretário da Saúde do Município, Fernando Santana, antes da implantação do Tempo Integral Geográfico o atendimento nos postos de saúde chegava a 15.000 consultas, hoje não chegam a nove mil. Isso porque, com a união de vínculos, Prefeitura e Estado, grande parte dos médicos passou para os hospitais em detrimento dos postos. De 212 médicos existentes a serviço da Secretaria de Saúde do Município, até um ano atrás, no momento somam-se apenas 57. E das 91 enfermeiras, somente 63 continuam na Secretaria do Município. (Jornal de Sergipe, Nº 3.272, 05/08/1989).

Como consequência do convênio firmado para a implantação do SUDS em Sergipe, tendo em vista os novos papéis atribuídos às esferas estadual e municipal, no início de 1988, foi elaborado o documento “Considerações sobre o Modelo Assistencial em Saúde para o Município de Aracaju”, pela equipe do Departamento de Planejamento da Secretaria de Saúde.

A proposta de descentralização que o referido documento apresentava, a partir do diagnóstico da situação específica de Aracaju, assumia como princípio que a maior responsabilidade pela garantia da assistência à população deveria ser

atribuída aos municípios e que o processo de descentralização e integração, já proposto nas AIS, deveria avançar na perspectiva de integração efetiva das redes, de superação do paralelismo e da diluição de recursos.

A municipalização dos Serviços Básicos de Saúde é parte de um processo maior, o da descentralização, que visa fazer com que as responsabilidades do planejamento e decisões se aproximem, cada vez mais, dos locais em que os serviços de saúde são prestados à população. Na área da saúde, a descentralização é a estratégia base da organização do Sistema Unificado de Saúde (ARACAJU, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1988, p. 09).

Como proposta de modelo assistencial para Aracaju, o referido documento estabeleceu a organização da rede municipal em cinco distritos sanitários, cujos princípios de organização foram assim definidos:

- Integralização das ações de saúde de modo a superar a dicotomia prevenção\cura;
- Universalização do atendimento de modo a contemplar todos os segmentos sociais;
- Equanimidade do atendimento por todos os serviços de saúde e profissionais vinculados ao SUDS sob a forma de convênio, contrato e credenciamento;
- Descentralização da gestão operativa para conferir ao Distrito Sanitário autonomia administrativa;
- Hierarquização dos serviços com a articulação funcional das unidades de saúde organizadas por níveis de atenção e o estabelecimento de mecanismos que garantam a referência e contra-referência da clientela dentro do sistema;
- Estabelecimento do conjunto de ações a serem ofertadas e a determinação do grau de resolubilidade dessas ações;
- Adscrição da clientela à unidade de saúde situada num espaço geográfico definido;
- Estabelecimento da gestão colegiada, como critério de administração nos diversos níveis organizacionais, incluída a representação popular e dos trabalhadores da saúde no planejamento, controle e avaliação dos serviços (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1988, p. 19 e 20).

Desta maneira, os Distritos Sanitários seriam organizados de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, de acordo com a divisão espacial da cidade em bairros. No entanto, essa divisão não poderia engessar o fluxo já estabelecido cotidianamente pela população, o que resultou, segundo o documento,

na ampliação do atendimento para alguns bairros da grande Aracaju. Depois da devida estruturação da rede, os distritos sanitários deveriam oferecer ações de “níveis primários e secundários”, conformando os primeiros passos para a garantia da integralidade da atenção.

As unidades ambulatoriais de nível secundário, uma para cada DS, devem ofertar, além das atividades de nível primário, as consultas especializadas estratégicas e a urgência ambulatorial. Esta última modalidade de atendimento funcionará em regime de 24 horas, inclusive aos sábados e domingos, como unidade de referência para seu respectivo Distrito, inclusive com atendimento de urgência médica, odontológica e atendimento laboratorial. Também, no âmbito de cada DS, como atividade de apoio a rede básica ficará localizado um laboratório de análises clínicas no Instituto Parreiras Horta para realização de exames de segundo nível (...) Transcendendo a área geográfica dos Distritos estão os serviços de maior complexidade, classificados como níveis terciário e quaternário para onde são referidos os pacientes quando esgotada a capacidade resolutiva dos DS. Nestes níveis estão as consultas, internações e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que exijam mecanismos tecnológicos mais complexos, tanto os da área pública (consultas especializadas, laboratórios\IPH, Hemoterapia) e as instituições privadas e filantrópicas vinculadas ao SUDS (ARACAJU, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1988, p. 21 e 22).

A proposta de coordenação e gestão do SUDS, no modelo adotado, ficaria sob responsabilidade da Comissão Interinstitucional de Saúde de Aracaju-CIMS,⁶² com representação de todos os segmentos e parceiros do sistema.

Previam, ainda, a criação das Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde-CLIS, cujo processo foi iniciado em fevereiro de 1988 na fase de apresentação da proposta do modelo assistencial, com reuniões entre os técnicos da Secretaria de Saúde, a população e todos os segmentos e parceiros existentes em cada Distrito Sanitário, garantindo-se, na Comissão, a representação paritária.

Essa proposta de modelo assistencial para Aracaju foi a primeira a ser sistematizada e, apesar dos limites, constituiu um avanço ao pensar de forma global toda a rede, articulando-a com o objetivo de garantir, primordialmente, o acesso ao sistema e, nesse bojo, a integralidade da assistência. No entanto, os limites foram

⁶² - A CIMS de Aracaju foi criada pela Comissão Interestadual de Saúde - CIS de Sergipe, através da Resolução Nº 112 de 23 de Outubro de 1987, como órgão consultivo na gestão do sistema.

evidenciados já no momento de sua construção e reconhecidos pela equipe de sistematização, alguns dos quais explicitados pela equipe:

Certamente virá um futuro próximo que, através da discussão com a desejável participação ampla das instituições e componentes do sistema, bem como das entidades de usuários e profissionais de saúde, será implantado um Modelo Assistencial que se tornará peça fundamental do avanço pretendido (...) No sentido de construir 'de baixo para cima' o Modelo Assistencial que incorporará gradualmente, na sua concretude, a doutrina e os princípios reorientadores de um sistema único de saúde. (ARACAJU, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1988, p. 07).

O processo denunciara os seus limites.

Encaminhar a discussão da proposta, que tinha um caráter de (re)estruturação total da rede municipal, mas que foi elaborada de forma restrita pelos técnicos, era um processo que exigia um protagonismo maior de outros atores. Os movimentos sociais da saúde, especialmente o movimento sindical, já tinham razoável acúmulo de discussão sobre o quadro sanitário sergipano e já apresentavam propostas para a construção de um sistema único de saúde. Mas eles, por causa das questões políticas locais, não foram incorporados no processo de elaboração e sistematização desse modelo assistencial.

Além, a concepção, presente na proposta, de um esquema formal de porta de entrada e porta de saída⁶³ do sistema, sem considerar que as necessidades de saúde da população, além dos aspectos biológicos, podem estar assentadas em aspectos subjetivos e culturais, na necessidade do cuidado, do acolhimento, constituía outro limite.

Creemos que objetivar tão formalmente esses movimentos pode significar “tapar uma chaleira em plena ebulição”, pois a proposta apresentada não atendia, tampouco reconhecia, essas necessidades.

A proposta de organização dos sistemas de saúde em Distritos Sanitários, amplamente difundida no contexto dos anos 1980 e 1990, sofreu influência marcante

⁶³ O sistema distrital proposto para Aracaju estava concebido na organização piramidal, com a base definida como suposta porta de entrada e o topo da pirâmide como suposta porta de saída do sistema.

das idéias contidas no documento “Saúde Para Todos no Ano 2000”,⁶⁴ que enfatizava a importância da Atenção Primária, e da proposta de organização de Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Este difundido especialmente pela Opas\OMS teve como experiências expressivas as que aconteceram nos estados do Ceará e Bahia⁶⁵.

A proposta do SILOS defendia a estruturação do sistema de saúde a partir do planejamento local, que deveria conter uma análise da situação de saúde, a definição da situação desejada e o desenho de “(...) estratégias e um modelo de operação para estruturar a oferta de serviços e atender à demanda epidemiologicamente identificada e, ao mesmo tempo, captar os usuários provenientes da demanda espontânea” (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006, p. 801).

Assim, com essas influências de modelo e organização de serviços, apesar de não avançar muito no modelo de gestão proposto, haja vista que a única implementação efetiva, nesse sentido, fora a divisão formal da cidade em distritos sanitários, as discussões ocorridas sobre a proposta, sobre a importância da atenção primária, da necessidade do planejamento ser construído a partir do nível local e de forma ascendente, foram alguns dos ganhos da experiência.

Ainda, o anúncio, pelo gestor municipal, em assumi-la como prioridade na gestão, resultou em uma melhor articulação das unidades básicas de saúde, na estruturação dos programas e das atividades desenvolvidas.

A partir daí os programas todos tiveram um grande incremento, ou seja, complementação alimentar, saúde escolar, dentária, o departamento de odontologia foi nas escolas mostrar como fazer a escovação correta, quais os cuidados alimentares, o que deveria fazer... Então nós fornecemos as escovas e as equipes de odontólogos, multidisciplinar sempre, assistentes sociais, auxiliares, de todas as áreas... então nós íamos às unidades escolares. A partir daí retomamos as coletas de material biológico, coleta de sangue, fezes, urina etc, descentralizando... Tudo era mandado para o Laboratório Parreiras Horta... Um grande erro pela quantidade de

⁶⁴ Denominação dada ao documento final da Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), com orientações sobre a necessidade e urgência da retomada da Atenção Primária como estratégia para resolver os principais problemas de saúde dos povos, de todos os países, mesmo que assumisse formatos diferentes em cada um deles de acordo com o nível de desenvolvimento.

⁶⁵ - A proposta de organização de Distritos Sanitários de Aracaju sofreu influência das experiências desenvolvidas na Bahia (TAVARES, 2002).

exames... Então nós descentralizamos, fazíamos as coletas e procuramos dar a resolatividade nos centros de saúde, especialmente os centros de saúde... A idéia era a distritalização, então nós criamos os distritos sanitários, naquela época eram cinco distritos sanitários em Aracaju, envolvendo os hospitais, tipo o hospital universitário, o hospital João Alves e os outros hospitais beneficentes, junto com os centros de saúde e os postos de saúde eram os postos avançados de tudo, tanto para a atuação efetiva na atividade fim como toda aquela atividade meio de educação, principalmente incentivando, chamando os usuários do sistema para romper com aquele círculo só da atenção primária em saúde (Profissional).

A criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, e a conquista do direito à saúde, inserido na perspectiva da seguridade social, colocaram a necessidade de leis estaduais e municipais para regulamentação desse direito nos estados e municípios o que fez com que, no nível local, o processo de mobilização e discussão da Constituição Estadual fosse ativado. A partir de então, a atenção e mobilização dos movimentos sociais de Sergipe foram focadas para a garantia, nesse espaço, desses direitos assegurados na lei maior, tendo em vista os limites da composição partidária⁶⁶ da Assembléia Estadual Constituinte, pouco favorável aos movimentos sociais. No entanto, mesmo com esses limites e como consequência dessa mobilização, a Constituição Estadual, em consonância com a Constituição Federal, assim versou sobre o direito à saúde:

Art. 192. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas e ambientais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único: É vedada a concessão de auxílio ou subvenção a entidades de saúde privadas que tenham fins lucrativos.

Art. 193. É dever do Estado assegurar a existência da rede pública de serviços de saúde, organizada sob a forma de um Sistema Único de Saúde- SUS, descentralizado em distritos sanitários, de acordo com as seguintes diretrizes e incumbências (...) (SERGIPE, 1989, p. 93).

Em 1990, processo idêntico ocorreu durante a elaboração da Lei Orgânica de Aracaju, regulamentando e preservando os princípios e diretrizes, no nível municipal,

⁶⁶ A Assembléia Estadual Constituinte era composta de 11 deputados do Partido da Frente Liberal, 11 deputados da coligação PMDB/PDS e 2 deputados do PT (SANTOS E OLIVA, 1998).

do SUS. Através desse instrumento legal ficou garantida a criação do Conselho Municipal de Saúde como uma das instâncias colegiadas do sistema.

No entanto, apesar de estar garantida a existência do Conselho nessa lei e ter sido discutida sua criação e composição na II Conferência Municipal de Saúde, realizada em Junho de 1990, ele somente se constitui após a realização da III Conferência, realizada em 1993, através da lei Complementar nº 13, de 30 de novembro do mesmo ano.

Também nesse período teve início, em Aracaju, o processo de formação dos conselhos locais de saúde,⁶⁷ numa tentativa de busca de legitimidade das decisões e da representação dos conselheiros municipais, principalmente dos usuários e trabalhadores.

Nessa gestão,⁶⁸ a discussão sobre a estruturação dos distritos sanitários foi aprofundada, envolvendo o Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, com os estudantes do CCBS, através dos Centros Acadêmicos, participando ativamente das discussões, especialmente os de medicina, enfermagem e odontologia. O resultado concreto nesse sentido foi o embrião de estruturação, tal qual preconizado, do então IV Distrito Sanitário, onde se localiza o Hospital Universitário. No entanto, essa experiência não aconteceu com a mesma intensidade nos demais Distritos Sanitários, não envolveu toda a rede, apesar de alguns esforços empreendidos nesse sentido pela gestão.

O processo mostrava-se lento, a criação do sistema de referência e contra referência não se estruturava, a municipalização da saúde em Aracaju não se efetivava, o que já acontecia em outros municípios Sergipanos. O processo esbarrava em dois espaços fundamentais para sua consolidação: no Conselho Municipal de Saúde e na CIB\SE, instância pactuadora do processo de municipalização entre os gestores estaduais e municipais. Essas questões do nível local revelavam a heterogeneidade e dinâmica que marcavam o processo em curso, suas contradições e limites, em consonância com o que acontecia em diversos municípios brasileiros, como tão bem expressa Heimann:

⁶⁷ - Os Conselhos Locais de Saúde significam a efetivação do controle social no nível local, nas áreas adscritas às Unidades de Saúde. Têm a mesma composição que o Conselho Municipal: 50% de seus componentes devem representar os usuários e 50% os profissionais de saúde, prestadores de serviço e governo. Este último grupo dividido em: 50% trabalhadores, 25% prestadores de serviço e gestores.

⁶⁸ - Estava gestora da Saúde de Aracaju a odontóloga e sanitarista Sônia Azevedo.

(...) a criação de estruturas jurídicas e administrativas voltadas à descentralização do sistema de saúde, embora necessária, não constitui condição suficiente para produzir os resultados almejados. Um conflituoso e heterogêneo processo iria se desenrolar à frente, oriundo tanto da adequabilidade do dispositivo legal quanto da rica diversidade cultural e política que marca os mais de cinco mil municípios brasileiros (Heimann, 2000. p. 35).

O Conselho de Saúde da Aracaju, criado em uma conjuntura favorável aos usuários e trabalhadores do sistema,⁶⁹ transforma-se logo em *lócus* importante de disputas de projetos. Exemplo do poder de mobilização e pressão dos conselheiros de saúde representantes desses segmentos foi quando, logo no início de suas atividades, em articulação com os vereadores, se conseguiu a derrubada do veto do prefeito ao artigo que versava sobre a presidência do conselho. A posição do gestor era que esse papel fosse desempenhado pelo Secretário de Saúde, enquanto que os conselheiros defendiam a eleição entre os seus pares, sendo essa última a posição vitoriosa. Foi também nesse espaço que o processo de municipalização da saúde de Aracaju encontrou as barreiras iniciais para sua efetivação tendo em vista as exigências “formais” da CIB.

Essa comissão, ao analisar a solicitação de municipalização da saúde em Aracaju, observa que a Câmara de Vereadores tem um representante na composição do Conselho Municipal – o que fora aprovado na III Conferência Municipal de Saúde- mas, no entanto, feria uma recomendação do Ministério da Saúde: recomenda-se que o poder legislativo não participe dos Conselhos das Políticas Públicas representando os usuários. Daí sugere-se o retorno do processo ao Conselho Municipal de Saúde para ser rediscutida tal representação. A sugestão não é aceita pelos conselheiros, sob a alegação de que a autonomia da Conferência poderia estar sendo atingida. A composição não é reavaliada e a municipalização da saúde em Aracaju só ocorre alguns anos depois, após vários municípios do Estado consolidarem seus processos. (TAVARES, 2002, p. 47).

Somente com a realização da IV Conferência Municipal de Saúde, as mudanças na composição do Conselho de Saúde de Aracaju foram aprovadas, tal como sugeridas pela CIB, mas as suas deliberações não foram encaminhadas à

⁶⁹ Sobre esse aspecto, ver maiores dados em Tavares (2002).

Câmara Municipal para que ocorressem as transformações necessárias, ficando o conselho deliberando de forma irregular por dois anos, não avançando o processo de municipalização da saúde em Aracaju. (TAVARES, 2002, p. 54).

Revelavam-se as particularidades e movimentos dos atores em um território específico, as disputas pelo poder e as dificuldades para garantir os avanços preconizados. Assim que, em 1997, a nova gestão municipal⁷⁰ ao elaborar o Plano Municipal de Saúde, definiu como prioridade desencadear o processo de municipalização da saúde em Aracaju ao constatar que:

Ainda que o discurso seja o de descentralização, o processo decisório tornou-se mais complexo, observando-se a proliferação de conflitos entre os diversos grupos e associações que disputam os recursos públicos destinados a área da saúde. Os Conselhos de Saúde, as comissões Bipartite e Tripartite ganham peso específico crescente, porém ainda de forma lenta para a necessidade de consolidação do processo, onde o papel dos atores, por diversas vezes, são definidos de forma conflituosa, comprometendo principalmente a gestão municipal. Como reflexo da situação exposta, aliada à falta de vontade política, o município de Aracaju não avançou na questão da política de saúde, não se habilitando em nenhuma forma no processo de municipalização pela NOB\93, permanecendo como mero prestador de serviços. Para completar o quadro, a falta de regulamentação da NOB\96 e a indefinição do financiamento, sobretudo pelo Governo Federal, tem retardado o processo de municipalização. (ARACAJU, 1997a, p. 6).

Em 1998 a realização da V Conferência Municipal de Saúde foi marcada por fortes tensões e conflitos entre o gestor e parcela dos movimentos sociais da saúde, especialmente com o MOPS/SE, ainda durante o processo de organização e definição de critérios para a retirada de delegados. Esses movimentos sentiam-se excluídos desse processo que, segundo eles, limitavam a participação.

Denunciavam a falta de maior transparência, referenciados no modelo de gestão que preconizava efetiva participação popular no controle das ações de saúde e reafirmava que

⁷⁰ Estava como Prefeito de Aracaju, João Augusto Gama e à frente da Secretaria Municipal a Professora do Departamento de Medicina da UFS, Rosa Sampaio.

(...) a democratização desse setor, muito mais do que a simples formalidade de se constituir os conselhos de saúde e de convocar as Conferências Municipais de Saúde, requer a participação e envolvimento nas decisões para o conjunto dos segmentos escolhidos (ARACAJU, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998, p.14).

Nessa Conferência, entre tensões e conflitos, discutiu-se a “existência irregular” do Conselho Municipal de Saúde no intento de “corrigir” os itens solicitados pela CIB e garantir os avanços no espaço institucional, momento em que ocorreu uma “divisão” dos movimentos sociais da saúde e a exclusão, na Conferência e na nova composição do Conselho Municipal de Saúde, dos representantes do MOPS/SE e CMP/SE. Com a nova composição do conselho municipal de saúde, a municipalização da saúde em Aracaju ocorreu em março de 1988, após exaustiva negociação política na CIB.

A partir de então, com a habilitação na gestão plena da Atenção Básica, o Município de Aracaju passa a gestor do Sistema Municipal de Saúde, responsabilizando-se pelo conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. A atenção à saúde nos segundo e terceiro níveis continuam sob a gestão do Estado (ARACAJU, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998, p. 4).

Nesse momento o modelo técnico-assistencial estava referenciado no modelo “Cidades Saudáveis”, que tinha na cidade de Curitiba a sua experiência mais expressiva (TAVARES, 2002). A partir da V Conferência Municipal de Saúde, essa gestão adotou como estratégias do modelo de atenção à saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa Saúde da Família-PSF, o que provocou um aumento na cobertura de 47% da população e um incremento de todos os procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde, “principalmente das consultas médicas, que aumentaram em 88,86%”. (ARACAJU, 1998, p. 24)

As primeiras discussões sobre o PSF no Conselho de Saúde de Aracaju ocorreram em 1994, mas somente em 1998 a sua aprovação se efetivou.

Várias questões contribuíram para que isso ocorresse, como a municipalização “tardia” da saúde nesse município, além dos questionamentos e

desconfianças dos conselheiros sobre a natureza do PSF, seus objetivos e adequação ao modelo⁷¹.

A resistência dos conselheiros, se por um lado atrasou a implantação dessa estratégia, por outro lado permitiu um processo melhor pactuado com os usuários e trabalhadores, como a inclusão do assistente social e odontólogo na equipe mínima e a perspectiva de ampliação do PSF para toda a rede básica, como forma única de atenção nessa rede.

Assim, apesar das tensões existentes, nessa gestão garantiu-se a municipalização da saúde em Aracaju, o que tomou grande parte do tempo dos gestores, a implantação “com equipes ampliadas”⁷² do PSF após exaustivo processo de pactuação com os conselheiros e trabalhadores e, em processo crescente, apesar dos limites, o início do reordenamento do sistema municipal de Saúde.

Em 2001,⁷³ pela primeira vez em Aracaju, assumiu a gestão municipal o Partido dos Trabalhadores, anunciando como objetivos centrais da gestão a garantia do direito à cidadania, que se expressaria na saúde como o direito ao acesso, da garantia da integralidade e da elevação da consciência sanitária com construção de autonomia (CARVALHO SANTOS, 2006). Além dessas questões, anunciava-se a mudança do objeto das práticas que transitaria da “doença” para as “necessidades de saúde, estas entendidas como traduções dos fatores determinantes da saúde e classificadas, segundo Cecílio (2004) em quatro conjuntos.

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que, nesse caso, o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela

⁷¹ Sobre isso ver Tavares (2002).

⁷² Utilizo aqui esse termo para diferenciar da “equipe mínima” preconizada pelo Ministério da Saúde. Em Aracaju, desde o início o PSF conta, além da equipe mínima, com a inclusão do odontólogo e do assistente social. Atualmente, no PSF em Aracaju, essa denominação é utilizada para as equipes que, além desses dois profissionais, contam com o pediatra e o ginecologista.

⁷³ O prefeito de Aracaju, Marcelo Déda, em 2006 afastou-se do executivo municipal para assumir como governador do Estado. Nesse ano, assumiu o vice-prefeito Edvaldo Nogueira, do PC do B, da base de aliança de 2001. Assim sendo, por não ter tido rupturas essenciais na política de saúde e na forma de gestão, coloco esses dois períodos como contínuos, fazendo apenas distinção cronológica e nas denominações dos projetos para a saúde. Modelo “Saúde Todo Dia” de 2001 a 2006 e Modelo “Saúde e Cidadania”, iniciado em 2006.

necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, que vai além da informação e da educação (p. 28).

As mudanças na Secretaria de Saúde, na forma e conteúdo, aconteciam em uma conjuntura bastante singular. Após a eleição do prefeito, formaram-se diversos campos de disputas entre os grupos e correntes de pensamento, tanto dentro do PT como na base de apoio político, para a indicação do nome do novo secretário. Assim, objetivando fugir das pressões locais e garantir a autonomia na condução da Secretaria da Saúde, o novo prefeito decidiu escolher para ser secretário um médico que estava afastado há oito anos da cidade e dos seus movimentos, o que provocou algumas tensões e conflitos com os militantes e grupos locais da saúde e aumentou o desafio do grupo central da gestão.

Diversas mudanças processaram-se a partir de então, desde as operadas na estrutura física da rede básica, com as unidades de saúde passando a ter o mesmo projeto arquitetônico e “uma estética acolhedora”, às mudanças operadas nos processos de trabalho com o redirecionamento do acolhimento,⁷⁴ entendido como uma escuta qualificada, que gera compreensão e significação das necessidades de saúde para garantir o acesso.

A implantação do acolhimento foi a primeira intervenção sobre o processo de trabalho da rede básica. A proposta do acolhimento é ampliar o acesso através da substituição do critério ‘fila’ pela necessidade devidamente qualificada por profissionais de saúde. A partir do acolhimento o usuário deve ter acesso a um conjunto de ações que seja mais adequado às suas necessidades (ARACAJU, 1997b, p. 9).

As discussões sobre a concepção e formas de operacionalização do acolhimento, se ele seria uma “atitude acolhedora” ou se seria uma “triagem”, resultou em sua estruturação de forma diferenciada em cada unidade de saúde, de

⁷⁴ A introdução da proposta de acolhimento foi feita na gestão anterior, durante o processo de implantação do PSF. No entanto, como a rede não era estruturada ainda na sua totalidade com esse programa, não aconteceu uma reflexão e sistematização mais estruturada dessa proposta.

acordo com a dinâmica e entendimento das equipes. Essa forma de implantação, ao tempo que permitiu uma construção de acordo com a dinâmica de cada equipe, também foi fator de produção de tensões entre os profissionais e entre estes e a população usuária. Os profissionais argumentavam que o acolhimento, sob a forma de triagem, deveria ficar sob a responsabilidade dos médicos e enfermeiros, enquanto profissionais habilitados a fazê-la.

Por outro lado, a população reivindicava a “atitude acolhedora” e não a triagem ocorrida nas duas primeiras horas de trabalho, como forma de racionalização do atendimento.⁷⁵

Hoje você tem discussão sobre como racionalizar, você pega mil modelos de racionalização, ou seja, como é que se enfrenta fila? Ah, vamos fazer um negócio bonito que se chama acolhimento. O que é acolhimento? Eu não tenho como oferecer o que a demanda me pede, então eu vou dar pelo menos explicação. Olha, hoje não dá, venha daqui a quinze dias. Não estou dizendo que isso está errado não, mas isso é uma racionalização do atendimento, mais nada (Profissional).

Por exemplo, quando foi implantar o acolhimento... O acolhimento desceu de goela abaixo, veio da gestão pra base... O que foi que teve de diferente no acolhimento da Secretaria? Só você ter acesso a consulta hoje, amanhã ou depois. Não é o acolhimento onde você ouve a pessoa na sua totalidade, de forma holística, você ouve a pessoa na sua dor “eu quero atendimento hoje pois estou com dor de dente”, aí você vai escalar qual é a prioridade da pessoa no atendimento... Isso pra mim não é acolhimento, isso é delegação de prioridade. O acolhimento que a gente queria e que tinha implantado antes na Secretaria era um acolhimento da humanização. Esse a Secretaria não implantou. Tanto é que eu fiz várias falas nas reuniões de implantação do acolhimento deles, e por isso fui taxada de antipática e muito chata, por que eu dizia “o acolhimento maior, primeiro tem que acontecer na gestão, na sede, e esse acolhimento não está sendo feito”. Então foi empurrado para a base de forma imposta realmente. O acolhimento veio da secretaria, da forma que eles queriam, não da forma que a gente queria. Isso pra mim prejudicou muito, tanto que os profissionais não o analisam com bons olhos. Primeiro tinham que ter nos sensibilizado com o coração, mas eles sensibilizaram com a mente “vai ser assim, assim e assim...” E todo mundo tinha que obedecer (Profissional).

Tendo em vista o contexto de disputas, de construção e consolidação de espaços no qual esta gestão se inseriu, as mudanças operadas foram mediadas

⁷⁵ No III Capítulo retomo essa discussão a partir das falas dos assistentes sociais.

pela capacitação permanente, que assumiu o papel de introdução e disseminação, entre os profissionais, dos princípios, concepções e metas da gestão.

A proposta de mudança do objeto das práticas focado na doença para o foco nas necessidades de saúde ou ainda, segundo a concepção de Merhy (2002), do objeto centrado na cura, na promoção e proteção, para o foco na produção do cuidado, forma pela qual se atinge a cura e a saúde implicava na assimilação de novas formas de estruturação do sistema e das práticas dos diversos profissionais. Esse autor, que influenciou decisivamente o coletivo gestor da Secretaria de Saúde de Aracaju nesse período, para efetivação das mudanças requeridas nessa perspectiva, propõe:

[...] para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas. (p. 39).

Assim, como uma das estratégias para superação das tensões entre o que já estava instituído e o que se pretendia instituir, pela “via pedagógica”, introduziu-se, nessa gestão, um processo intenso de estruturação das ações e serviços, com a “Capacitação Permanente em Saúde”, através da criação do Centro Permanente de Educação em Saúde-CEPS, funcionando como principal veio condutor das mudanças⁷⁶ a serem operadas entre os trabalhadores e nos processos de trabalho, estabelecendo pactos que davam forma e operacionalidade aos princípios do modelo proposto e a política de saúde.

A escuta, a compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção sobre estas, desencadeou uma demanda por mediação pedagógica que permitisse a troca de saberes entre trabalhadores e gestores na busca da produção de uma nova subjetividade em torno do trabalho em saúde e a possibilidade de

⁷⁶ - Segundo dados da ASCOM\SMS, somente no ano de 2004 o Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS) capacitou aproximadamente cinco mil trabalhadores.

formação de interlocutores capazes de fazer a defesa e concretizar este modo de organizar e fazer saúde. (ARACAJU, 1997b, p. 9 e 10).

Então eu fui convidada pra vir fazer parte da equipe pedagógica do CEPS, que naquele momento era pequena, na verdade era quase uma “equipe”... Quando eu digo que era “equipe”, é importante, porém, colocar qual era a lógica de planejamento. Todas as capacitações eram planejadas e executadas por vários atores da gestão, então não era somente a equipe pedagógica que montava as megacapacitações que a gente fez nesse espaço. Quando se pensava na capacitação, e aí quando coloco se pensava, esse pensar era coletivo por que a demanda vinha da supervisão, dos nós críticos que as Unidades Básicas de saúde traziam. Naquele momento era muito focado na rede de atenção básica, no PSF. A gente não fazia capacitação para outras redes. Era atenção Básica e um pouco da saúde mental que estava se estruturando naquele momento. Nosso foco da capacitação, nesse ano de 2003, era atenção Básica, até porque a proposta era consolidação do modelo numa lógica de educação permanente, então a gente tinha grandes temáticas que a gente precisava, em capacitação, estar trazendo os trabalhadores para construírem juntos. Um exemplo disso; os próprios conceitos e elementos que seguram o modelo como escuta, responsabilização, vínculo, autonomia, trabalho em equipe, equidade, integralidade, cuidado, das linhas de cuidado que se pensa dentro do modelo. Então, naquele momento, as capacitações eram voltadas pra consolidar esse modelo e as prioridades vinham de demandas. Tinha um modelo novo e um grupo de trabalhadores que precisava se apropriar, se aproximar, mas não a partir de protocolos elaborados por uma equipe que planeja e que manda pra rede, mas dentro dessa construção coletiva com os trabalhadores (Profissional).

Outro grande desafio enfrentado por essa gestão foi o processo da habilitação de Aracaju na Gestão Plena do Sistema, cuja aprovação e pactuação na CIB ocorreram através da Resolução CIB/SE nº 27/2.002, de 07 de junho de 2.002, apesar dela ter sido solicitada em 2000.

Esse, mais uma vez, foi um processo de relações tensas entre o gestor estadual e municipal. A Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS/2001, assim versa sobre o papel do município ao ser habilitado na Gestão Plena do Sistema:

Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território,

visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

- A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;
- B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- C - condução do processo de contratação;
- D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);
- E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;
- F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços (BRASIL, 2001).

Assim, fazer tal pleito era um ato bastante ousado, considerando que, naquele momento, Aracaju era pólo regional e estadual no que se refere a serviços de saúde em todos os níveis de assistência e que cerca de 80% dos serviços especializados e 100% dos serviços de alta complexidade estavam estruturados na cidade.

Agravante desse quadro, era o dado que a rede de saúde em Sergipe, como no Brasil, foi se estruturando segundo a lógica da mercantilização e não de acordo com as necessidades da população e apresentava graves problemas de distribuição e funcionalidade. Ademais, a política de saúde, como o conjunto das políticas sociais, historicamente serviu como instrumento de manutenção do poder, com o acesso garantido por aqueles que concentravam em suas mãos esse poder de distribuição e não na perspectiva de constituição da cidadania, cultura política essa que se consolidou no setor saúde com a figura do gestor estadual desempenhando esse papel “concentrador”.

Reconhecer a autonomia dos municípios e desconcentrar esse poder não foi tarefa tranquila. Seguindo esse raciocínio, Aracaju, cuja característica política eleitoral é oposicionista, ser habilitado na Gestão Plena constituía uma partilha muito grande desse poder.

Pleitear a habilitação do município de Aracaju em gestão plena de sistema, apesar de estar em consonância com a diretriz constitucional, foi um ato de grande ousadia do gestor municipal. Para compreender esta ousadia não é preciso fazer uma extensa análise do cenário da política de saúde no estado de Sergipe, basta

reunir alguns elementos do contexto municipal e estadual da saúde por ocasião do pleito em 2001, a saber:

As precárias condições da rede de atenção básica até então existentes; Cultura da Esfera Estadual na prestação de serviços, com quase metade dos serviços no território da capital; Pequena oferta de leitos públicos; Péssimo dimensionamento da oferta de média e alta complexidade; Precariedade de ferramentas e mecanismos de regulação; Estes elementos contribuíram para uma municipalização dos serviços de forma lenta e gradativa e continuam operando como grandes tensões nos espaços de pactuação da política de saúde, entretanto induziram um processo de intenso amadurecimento da gestão municipal (ARACAJU, 1997b, p. 10).

Essa gestão permitiu que o sistema de saúde de Aracaju ampliasse sua visibilidade nacional como experiência exitosa.

De fato, houve uma estruturação e ganhos consideráveis do sistema municipal, tanto em termos de estrutura física das redes, quanto no que se refere ao quantitativo de pessoal; a criação do Serviço de ouvidoria como mais um canal de comunicação entre os trabalhadores e usuários com a gestão; a realização do concurso público; além do intenso processo de capacitação permanente que muito contribuiu para assimilação da proposta e dos conceitos introduzidos pela gestão.

No entanto, o processo foi extremamente tenso e nele, especialmente no momento inicial, “(...) a ação dura e autoritária em muitos momentos acontecia. Era uma estratégia para ganhar tempo para que as pessoas pudessem reconstruir ou redescobrir o sentido de uma nova política que precisava ser desenvolvida; que precisava dar conta do direito à saúde como direito à cidadania” (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 65).

Acredita-se que essa ação dura e autoritária contribuía para aumentar a tensão e os conflitos, especialmente com os trabalhadores e para que a proposta da autonomia, da alteridade, não se efetivasse. Acredita-se ainda que tal questão, muito mais que “auxiliar a redescobrir o sentido de uma nova política”, influía também na relação com os usuários. Afinal, só produz autonomia quem a exerce.

A realização, em 2001, da VI Conferência Municipal de Saúde com o tema “Acolhimento e Garantia de Acesso no SUS, uma construção de todos”, refletiu a preocupação da gestão com o acesso ao sistema como elemento viabilizador da universalidade. No processo de construção dessa Conferência foram realizadas 40

(quarenta) Conferências Locais de Saúde, envolvendo os quarenta e quatro Conselhos Locais de Saúde então existentes.

Nesse fórum foi aprovada a reformulação do modelo assistencial, que esteve, até então, organizado em distritos sanitários com estrutura piramidal e a base representando a atenção primária como suposta porta de acesso ao sistema. A partir dessa gestão, o modelo assistencial estruturou-se com a divisão da cidade em Regiões, não mais em Distritos Sanitários, para atender as necessidades de saúde. Para garantir a universalidade, integralidade e equidade, o sistema foi organizado em redes assistenciais, assim definidas pela gestão:

Uma rede é uma trama e na saúde esta trama é constituída por equipamentos assistenciais de saúde (Unidades de Saúde, Centros de Especialidades, CAPS, Hospitais) ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes (ARACAJU, 2001).

Segundo o NUPLAN/SMS/2008, as Redes Assistenciais de Saúde estruturadas a partir dessa gestão e existentes até então são:

1 - Rede de Atenção Especializada: oferecendo serviços, articulados entre si, de modo a constituir as ações para atender as necessidades de assistência ambulatorial especializada. O acesso a esses serviços se dá através da Rede de Atenção Básica, mas obedece sistema regulatório, para que a sua garantia ocorra de acordo com o critério de risco/necessidade, segundo o princípio da equidade.

2 - Rede de Atenção Psicossocial: que deve desenvolver a Política de Saúde Mental baseada nos princípios da reforma psiquiátrica e no movimento da luta antimanicomial. Visa a inclusão e reinserção social do portador de transtorno mental, o cuidar em liberdade e a busca de autonomia no lidar com a própria vida. Funciona como rede substitutiva de serviços de saúde mental e tem como objetivo, ainda, reduzir de forma gradativa à internação psiquiátrica.

3 - Rede de Urgência e Emergência: composta pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU; pelo Hospital Horizontal Zona Norte e o Hospital Zona Sul, construídos nessa gestão, os dois funcionando com acolhimento baseado na

estratificação de risco. Conta ainda com uma estrutura hospitalar, o Hospital São José, como referência psiquiátrica.

4 - Rede Hospitalar: deve atuar de forma integrada e complementar para que possa atender às necessidades de atenção hospitalar da população de Aracaju e população referenciada. É respaldada por contratos de serviços com o gestor, através de sistema de co-gestão.

5 - Rede de Atenção Básica: tendo em vista os objetivos desse estudo, considerando que o PSF compõem essa rede na sua totalidade, nela nos deteremos um pouco mais.

Essa rede está estruturada em quarenta e três Unidades de Saúde da Família - USF, com 128 equipes de saúde da família distribuídas pelo território em oito regiões de saúde. Cada USF, além da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, conta com uma assistente social que atualmente trabalha com todas as equipes existentes e um odontólogo para duas equipes. Conta, cada USF, com uma gerência local, geralmente um profissional de nível superior. Cada região tem um coordenador, que desenvolve o papel de agente técnico-político da gestão, além de um suporte administrativo, com olhar para os recursos humanos, para os insumos e equipamentos. As regiões contam, cada uma, com uma “Unidade de Saúde da Família Ampliada”, com pediatra e ginecologista, e funciona como referência para as equipes de saúde da família da região.

Atingindo 94% de cobertura da população, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB/ 2006⁷⁷, as USF funcionam com “porta aberta”, com acesso garantido a toda população usuária, de acordo com as necessidades, através do acolhimento. Cada USF deve ser responsável por um determinado território e cada usuário deve ter uma equipe e/ou profissionais que cuidam de sua saúde, com a adscrição de clientela, com isso estabelecendo uma relação de confiança produtora de vínculos, o que faz a diferença entre o trabalho em saúde baseado na produção liberal de serviços, na qual o profissional não cria vínculos com os usuários, e o trabalho em equipe, em um território definido e com adscrição de clientela.

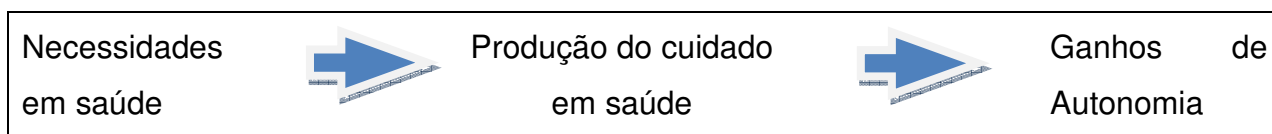
⁷⁷ “Método que permite o registro de diversas informações de interesse das equipes e do gestor local, relativas à saúde da população coberta e ao andamento das atividades das equipes. Permite ainda que sejam feitas avaliações do trabalho realizado e de seu impacto na organização do sistema e na saúde da população” (BRASIL, 2004a, p. 96).

Segundo ainda o modelo assistencial, o trabalho em saúde caracteriza-se como o encontro entre o trabalhador e os usuários, no qual há o reconhecimento, pelo trabalhador, das necessidades dos usuários como direito à saúde. Assim, o processo de trabalho,⁷⁸ na Unidade de Saúde, deve ser organizado a partir das Unidades de Produção do Cuidado – UPC, com o envolvimento de toda a equipe multiprofissional.

As UPC's definidas foram: Acolhimento; Ações Programáticas; Procedimentos; Atendimento Individual, Acolhimento de Risco no Território, Gestão.

A partir da definição das UPC'S foi delineada a linha de produção do cuidado, que representa o caminho virtual realizado por um usuário desde a identificação da sua necessidade até o acesso ao conjunto de intervenções disponíveis para reconstituir sua autonomia, assim estabelecida:

Quadro 5 – Linha de produção do cuidado



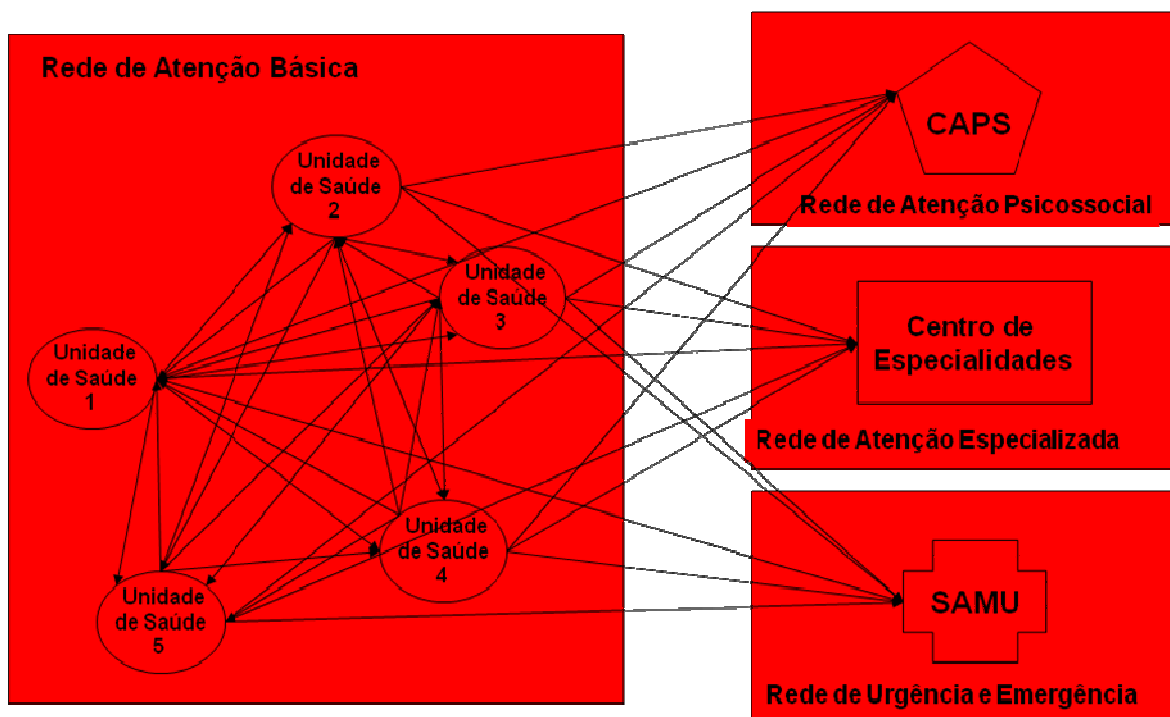
Fonte: Marco Teórico do Modelo – Projeto Saúde Todo Dia\ 2003.

A articulação entre as diversas redes assistenciais é representada pelas linhas de produção do cuidado, como visto na figura abaixo, e o acesso às intervenções deve ser mediado por profissionais de saúde, de acordo com as necessidades, ocorrer a partir do local onde são identificadas e produzir a inclusão do usuário no sistema.

⁷⁸ No Capítulo III retomo com mais acuidade essas questões estruturantes do processo de trabalho no PSF em Aracaju a partir desse modelo.

Quadro 6 – As redes Assistenciais de saúde no SUS Aracaju.

As Redes Assistenciais de Saúde no SUS Aracaju



Fonte: Aracaju/SMS/2001

Atualmente a Prefeitura de Aracaju amplia a importância do setor saúde, dado objetivamente mensurável através do aumento dos recursos do orçamento da Prefeitura de Aracaju, destinados para a Secretaria de Saúde, de 15% em 2006, para 17% em 2007, significando o investimento, com recursos próprios, de R\$ 52.819 milhões, segundo o Projeto de Lei que fixou as Receitas e Despesas para o município em 2007.

Em relação especificamente ao PSF, o que se observa é que a tendência de crescimento do programa, em nível nacional, também é observada em Aracaju que, antes da sua implementação, em 1998, tinha o modelo de atenção pautado principalmente no atendimento à demanda espontânea da população e com uma pequena rede assistencial. Os dados revelam, ainda, que é expressiva a cobertura populacional do Programa em Aracaju, que passou de 29,5% em 2001, para 85% em 2005.

Quadro 7 – Número e cobertura das equipes de saúde da família por ano

Número e a cobertura das equipes de saúde da família por ano		
ANO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS	PERCENTUAL DE COBERTURA
2001	48 ESF	29,5%
2003	89 ESF	64,0%
2004	120 ESF	85,0%

Fonte: Sistema Municipal de Informação em Saúde de Aracaju (SIMIS-SIAB)2004, disponível em Carvalho Santos, 2006, p.183.

Além da Rede Básica, constituída integralmente por Unidades de Saúde da Família, a estruturação da rede hospitalar municipal tem se consolidado, especialmente a partir de 2006, com a criação e funcionamento de dois hospitais municipais, o da zona Norte e o da zona Sul, que, de abril a dezembro desse mesmo ano, realizaram 165.031 procedimentos médicos, ações de enfermagem e odontologia. Além do aspecto quantitativo de atendimentos, também a resolutividade desses serviços tem sido anunciada.

(...) Se olharmos os dados do mês de outubro passado, veremos que o SAMU realizou 3.155 atendimentos e que destes, apenas 446 foram levados para o Hospital João Alves Filho, registrando um percentual de apenas 14,1%. Isso por si só já demonstra que tanto o hospital da zona Norte como o da Zona Sul já são os grandes receptores dos casos de urgência e emergência ocorridos na cidade e que têm no SAMU o principal sistema de atendimento (...). Já no mês de janeiro de 2007, o quadro sofre alteração. Dos 2547 atendimentos feitos pelo SAMU, apenas 310 foram encaminhados para o Hospital João Alves Filho, enquanto que 1007 casos foram resolvidos no Hospital Nestor Piva e 492 foram resolvidos no Hospital da Zona Sul. Significa que apenas 12,17% foram para o Hospital João Alves, enquanto a grande maioria, 87,83% dos casos foi resolvida na própria rede de urgência do Município (Fonte: Boletim eletrônico da ASCOM\SMS, em 15/02/2007).

No entanto, se a ampliação e consolidação da rede municipal de saúde é fato inconteste, como comprovam os dados, questão polêmica tem sido a forma como se dá a participação da população no Conselho Municipal de Saúde, apesar da gestão iniciada em 2001 anunciar a ampliação da participação de usuários e trabalhadores

para além dos interlocutores tradicionais, como os sindicatos e movimentos sociais já organizados, especialmente através da ampliação e constituição de Conselhos Locais de Saúde (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 65).

O Conselho Municipal de Saúde, que no início dos anos 1990 teve relativa visibilidade na luta pela ampliação do direito à saúde em Aracaju, com participação decisiva dos diversos movimentos sociais, dos sindicatos e da CUT, nessa nova conjuntura tem tido sua atuação questionada.

O controle social, vou começar pela parte difícil, não deu certo, na minha visão. O controle social hoje é uma jogada de marketing do poder, mais nada. Não tem poder de controle nenhum, são conselheiros colocados ali para tratar de seus interesses próprios, são massas de manobra, não há Conselho, as Conferências não funcionaram (...). Mas também tem um detalhe, não foi na saúde somente, movimento social no geral, tiraria como exceção o movimento dos professores aqui em Sergipe, que tem um sindicato com um mínimo de força. Sindicato dos Petroleiros, já foi um Sindicato forte, SINDISAN, Bancários foi um Sindicato fortíssimo. Então o movimento sindical no geral arrefeceu, e os movimentos populares hoje são controlados por profissionais, todos profissionais, uns com mais credibilidade outros com menos, não há ingênuos. Não tem uma líder que não tenha três ou quatro filhos empregados na rede pública. Não há como dialogar como sendo representante da sociedade alguém que vai para uma reunião do Conselho e se o secretário der um telefonema “olhe Cecília, é para você votar assim, assado”. Cecília tem três filhos empregados, tem que votar, eu posso falar em cidadania nisso? Não posso falar. É assim em Aracaju. Não há controle social, essa parte não funcionou (Profissional).

O controle social, acho que ele peca pela cooptação. Acho que se o governo deu ênfase à estrutura física, aos programas, a pessoal, mas no controle social ele bloqueou. Nós temos vários conselheiros que são cooptados, não representam os anseios da comunidade. Então acho que no controle social talvez não é o que a gente almejou, eles realmente não defendem, ele está debilitado pela própria debilidade do momento político, dos movimentos sociais. Isso sofreu um retrocesso que não deu para garantir o controle social. (Profissional).

Ao analisar a história da reforma sanitária e o processo de construção do SUS em Sergipe, fica evidente que as diversas formas de pressão e denúncias dos movimentos sociais para a garantia de efetivo controle social, fez-se condição primordial para a melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde às

demandas sociais, na busca pela universalidade do direito à saúde e na perspectiva da gestão participativa.

No entanto, exatamente quando, em Aracaju, conquistou-se uma gestão denominada “democrática e popular” e acreditava-se na ampliação dessa participação, percebe-se um esfriamento das discussões e a ausência de atores históricos no espaço do conselho, pelo descrédito da potencialidade de mudança e pela opção dos atores de atuação em outros espaços.

Apesar de ser essa uma das contradições da gestão, que assumiu no calor das mobilizações dos movimentos sociais e com o discurso de ampliação da democracia, esta questão não recai exclusivamente sobre ela, mas deve ser entendida no processo de crise e reconfiguração dos movimentos sociais a partir dos anos 1990, no contexto de adoção do neoliberalismo.

Por outro lado, apesar dos constantes questionamentos à forma como vem ocorrendo o controle social, importa destacar que a proposta de criar novos canais de comunicação com a população, como ferramentas auxiliares da gestão, traduziu-se, efetivamente, na criação da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde e na sua utilização, pelos trabalhadores e usuários, como espaço direto de denúncias e queixas.

Implantada há pouco mais de quatro anos, a Ouvidoria é uma importante ferramenta de gestão. Sua atuação consiste em garantir o controle social das ações desempenhadas pelo SUS, mediante a participação popular, de modo a garantir princípios importantes do Sistema Único, como a equidade e a integralidade. Ou seja, é mediante os relatórios baseados nos números da Ouvidoria, que a Saúde Municipal desenvolve importantes estratégias de gestão. As queixas e sugestões recebidas pelo órgão são repassadas, por meio de relatórios mensais, aos setores competentes e servem de orientação para as ações da SMS (...) No ano passado as queixas aos usuários da rede tiveram uma queda de quase 50%. Contudo, não são somente as intervenções dos usuários do sistema, registrados como queixas, que servem de orientação e participação popular para gestão. A Ouvidoria da SMS tem se destacado pela forte participação em reuniões semanais do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde. São reuniões feitas nas unidades de saúde, onde são discutidas as principais dificuldades enfrentadas pela comunidade e trabalhadores da rede, de modo a discutir com a gestão sobre as melhores soluções para os problemas. Em outras palavras, a Ouvidoria atua como um elo entre a população usuária do sistema de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente o serviço tem se destacado entre os próprios trabalhadores da rede(...)a atuação da Ouvidoria sempre esteve em sintonia com todos os conselhos locais de saúde do município, que atualmente

somam 44, um para cada Unidade de Saúde da Família (USF). (Fonte: Boletim da Ascom/SMS, em 04/01/2007).

Mas foi também nesse contexto que se assistiu o surgimento de novas e diferenciadas formas de organização da população, na luta pela defesa da vida, por uma sociedade mais saudável e por um sistema de saúde mais democrático, com efetiva participação popular e construção compartilhada de soluções mobilizadoras na saúde, capazes de ressignificar o controle social. São movimentos que, de acordo com suas especificidades e projetos, ampliam e reconstroem os espaços de participação, reorientam as práticas e o modelo assistencial, considerando esse como “(...) uma categoria de mediação entre determinação histórico estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde. Uma instância na qual os atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e disciplinares em função de seus projetos singulares” (CAMPOS, 1997, p. 113).

Assim, a partir da análise da análise da reforma sanitária em Sergipe, especialmente em Aracaju, aqui também ainda uma “reforma social incompleta” (CAMPOS, 2006), o processo de construção do SUS em Aracaju, desses movimentos, das suas dinâmicas e singularidades, é possível afirmar que grandes foram as conquistas e os avanços, apesar do longo caminho ainda a percorrer para a plena configuração da política de saúde na perspectiva de garantia da cidadania e do pleno direito à saúde.

Agora, no momento atual, e aí talvez nesse governo ou no governo passado, não sei, acho que o SUS deu um salto, o próprio PSF é um programa que lembra o programa de Cuba, tem uma característica de acompanhamento direto às famílias, essa história de estar mais próximo da família... Acho que o SUS deu um salto e atualmente eu estava acompanhando umas alunas aqui, no SUS, e eu senti que a estrutura na Unidade de Saúde, ela está bem mais complexa. Então o SUS não é o ideal, mas está muito próximo, não está distanciado. Você estar em um posto de saúde não tem diferença de estar em uma clínica, quer dizer, fisicamente e em termos de pessoal. Acho que tem uma reprodução da clínica. Acho que hoje ele conseguiu demonstrar algumas de suas diretrizes (Profissional).

CAPÍTULO III. PRORROGAÇÃO DO TEMPO: A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ARACAJU E A CONSTRUÇÃO DO FAZER

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma proposta preconizada pelo Ministério da Saúde para viabilizar a implementação dos princípios do SUS, reorganizar a Atenção Básica e substituir o modelo hegemônico de atenção ao propor a organização da prática assistencial e do cuidado em saúde sob novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

A partir da proposta apresentada, as mudanças no fazer dos profissionais ocorreriam com a atuação em equipes de saúde, com relações horizontais entre os profissionais e a atuação em um território definido, com a criação de vínculos e responsabilização com a população. As ações, nessa estratégia, deixariam de ser pontuais e individuais, características do modelo hegemônico tradicional, para caracterizarem-se como contínuas, integrais e resolutivas e assegurarem a universalidade (SOUZA, FERNANDES *et al*, 2000).

Assim, colocada a proposta, pode-se dela inferir que o modelo assistencial médico-centrado transitaria para uma estruturação usuário-centrado e o trabalho em saúde, que historicamente se estruturou e consolidou com práticas autônomas, sofreria fortes impactos, a partir das mudanças nas suas finalidades, saberes e modos de operar.

Refletir sobre esses aspectos e em que medida o PSF altera o modelo assistencial e impacta os processos de trabalho, a partir do foco nos saberes e fazeres dos assistentes sociais no PSF em Aracaju é o objetivo desse capítulo. Importa ressaltar, por sua vez, que o fazer desses profissionais não será analisado como modelo operativo das práticas que atuam no nível da organização do cuidado, que são desenvolvidas por toda a equipe, mas como uma referência importante para que, articulada aos outros saberes e fazeres existentes no campo da saúde, isso se processe.

Para atingir o objetivo proposto, a idéia é recuperar o processo de inserção do assistente social no Programa Saúde da Família em Aracaju, o saber e o fazer acumulado com a formação específica desses profissionais e o acúmulo a partir da

inserção nesse campo, as mudanças ocorridas nos processos de trabalho, as evidências de mudança na inversão das tecnologias de trabalho na produção do cuidado no PSF e qual a ressignificação que houve, pressupondo que sim, com essa experiência singular.

3.1. Alguns pontos sobre o Serviço Social na área da Saúde

Os assistentes sociais inseridos na área da saúde conviveram, recentemente, com a necessidade de construção de argumentos que justificassem a sua condição, uma vez nela inseridos, de trabalhador da saúde. Constituindo-se numa especialização do trabalho coletivo, no marco da divisão sócio-técnica do trabalho, segundo a Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão de Serviço Social, a especificação de “generalista” dada ao perfil desse profissional pelas Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social contribuiu, além de outras questões específicas da inserção desses profissionais na área da saúde, para que essa resposta não se constituísse uma tarefa fácil.

As atuais diretrizes curriculares, proposta pela ABEPSS – e referendadas pelo MEC – assumem como perfil do bacharel em Serviço Social: ‘profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando proposta para o seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais; profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho; profissional comprometido com os valores norteadores do Código de Ética do assistente social’ (ABEPSS, 2004, s.p.).

No marco da política de saúde, fato que contribuiu positivamente para o Serviço Social foi a construção do conceito de saúde, sistematizado coletivamente durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e que possibilitou a ampliação do olhar para além da doença e a articulou com as condições de vida de uma população.

O novo conceito de saúde, difundido amplamente a partir de então, apresentava alguns elementos para que se considerasse o assistente social como trabalhador da saúde, diante da necessidade de nortear os serviços e o cuidado na atenção à saúde às diversas dimensões que possibilitam essa condição e que não se restringem simplesmente ao aspecto biológico. Definida a saúde como resultante das condições de vida, a ação para sua promoção, prevenção ou reparação pressupõe a intervenção nos diversos aspectos que incidem nessa condição, seja ele biológico, psico, social, econômico ou cultural, o que justificaria a necessidade de incorporação de saberes de outros campos do conhecimento além do bio-médico, especialmente das ciências sociais e humanas.⁷⁹

Assim, com as transformações das explicações sobre o processo saúde/doença, visualizava-se o setor da saúde como um importante campo de inserção do assistente social (CFESS, 1995), campo esse que vem se consolidando, haja vista que “(...) a maioria dos assistentes sociais registrados no Conselho Federal de Serviço Social desempenha seu exercício profissional na área da saúde”. (ABEPSS, 2004, s.p.).

Diante disso, estruturava-se a resposta afirmativa ao questionamento feito aos assistentes sociais. Reforço a essa afirmação foi o reconhecimento, pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 218 de 1997, do assistente social como profissional da saúde. Além disso, tal questão parecia estar definitivamente respondida quando, em 2004, a ABEPSS passou a integrar o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS, que tem como objetivo “contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área da saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde” (NOGUEIRA, 2005, s.p.).

Outros dados reforçam a afirmação sobre a consolidação do campo da saúde como espaço importante de inserção profissional do assistente social, como a crescente produção, sobre essa temática específica, dos assistentes sociais nos Congressos e Encontros na década de 1990.

⁷⁹ As transformações das explicações sobre o processo saúde/doença não constitui um fato novo. Apesar da referência feita ao ano de 1986, data de realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir dos anos 1970, na América Latina e parte da América Central, essa discussão ganhava dimensão a partir do paradigma histórico-estrutural. No Brasil, com a constituição do Campo da Saúde Coletiva essa discussão ganhou relevo importante, especialmente com a criação da ABRASCO, em 1978.

Quadro 8 - Produção dos Assistentes Sociais da Saúde na década de 1990

Evento	Quantidade de Trabalhos	Temas específicos	
7º CBAS (1992)	12	AIDS (6); Saúde Mental (3); Política de Saúde (1); desnutrição (1); Doença de Chagas (1)	
I Encontro Nacional de Saúde e Serviço Social (1994)	80	Seguridade Social (11); Saúde e Criança\Adolescente (7); Saúde e Sexualidade (7); SUS (11); Serv. Social em Programas de Saúde (29); Assistente Social como Profissional de Saúde (15)	
8º CBAS (1995)	45	Ensaaios teóricos (8); Relatos e Projetos de Pesquisa (16); Relatos de Experiências (19); Propostas de Ação (02).	
Total	137	-	

Fonte: CFESS, 1995

Focalizando o olhar para os conteúdos desses trabalhos, especialmente os apresentados no 8º CBAS, onde o número deles sobre temas da saúde, correspondeu a aproximadamente um quarto do total dos trabalhos apresentados em todo o Congresso, constata-se que as reflexões giravam em torno de questões relacionadas à formação e exercício profissional no setor, sobre o fazer profissional e a dimensão interventiva do Serviço Social; reforma sanitária, política de saúde, SUS e cidadania; condições de vida da população e a relação da doença com a pobreza; gestão, participação popular, conquista e garantia de direitos e controle social.

Apesar dos limites desses trabalhos, especialmente no que se refere ao uso da pesquisa como ferramenta utilizada mais para traçar o perfil de usuários atendidos nos programas do que como forma de captação de dados para uma leitura que permitisse estabelecer relações das situações específicas e singulares analisadas face à realidade mais ampla e vice-versa; pouco recurso às mediações teóricas que permitissem tal condição; o embrionário interesse por questões mais amplas da Reforma Sanitária, da política de saúde, seus diversos aspectos e as relações com o espaço profissional. O que se observa através desses trabalhos é que a área da saúde, enquanto campo específico de inserção profissional, “(...) ganhou centralidade no debate do Serviço Social: o número significativo de trabalhos revela que a área, principalmente após a implantação do SUS, tem se apresentado como um espaço crescentemente ocupado pelos profissionais de Serviço Social” (CFESS, 1995, p. 12).

A constatação da saúde enquanto espaço importante de atuação dos profissionais do Serviço Social é reiterada também por Costa (2007) que, ao analisar o trabalho desses profissionais no SUS em Natal (RN), constatou ser o Serviço Social a quarta maior categoria de inserção no SUS. Apesar disso, a autora relata a dificuldade desses profissionais, por ela também constatada, de situar-se enquanto trabalhador da saúde e de inserir-se nos processos de trabalho estabelecidos.

Apesar da ampliação e consolidação do Serviço Social na Saúde ser um processo recente, haja vista que isso ocorreu especialmente após a criação do SUS, a relação do Serviço Social com esse setor remonta ao momento de surgimento da profissão. Pesquisa realizada ao final dos anos 1990 em São Paulo, pelo grupo de saúde do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Seguridade e Assistência Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/SP, coordenada pela Prof^a Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, confirmou que, desde a sua origem, o Serviço Social no Brasil esteve estreitamente articulado com o setor da saúde. Inseriu-se, desde o início de sua profissionalização, na segunda metade dos anos 1930, como atividade complementar na saúde pública e, de forma predominante, na assistência médica, especialmente nos hospitais públicos – geralmente serviço-escola- e filantrópicos.

A inserção do serviço Social na área da saúde, conclusivamente, teve naquele período, como campo privilegiado os hospitais, tendência esta que já vinha ocorrendo nos Estados Unidos e Europa. Esta inserção na área hospitalar possibilitou a compreensão da necessidade da profissão para o reconhecimento de outras causas, não físicas nem biológicas, que interferiam na efetividade do procedimento terapêutico ministrado e/ou prescrito pelo médico. Desse modo o assistente social era encarado como 'um especialista que explora a personalidade e o meio do paciente para descobrir fatos e conseguir dados que, reunidos com os achados de outros especialistas nos seus respectivos setores, contribuía para maior clareza e sucesso do diagnóstico e tratamento do paciente como um todo. (AMARAL E MARSIGLIA, 2001, p. 14).

Também sobre a relação Serviço Social e Saúde no momento de surgimento da profissão, Bravo e Matos (2007) colocam que, apesar do setor não concentrar maior quantitativo de profissionais, algumas escolas surgiram demandadas por ele e a formação profissional apresentava, no seu elenco de disciplinas, algumas relacionadas à área da saúde.

Ainda segundo Bravo e Matos (2007), a partir de então o Serviço Social brasileiro atravessou diversas fases distintas, dentre as quais destacam:

1ª fase - A conjuntura posterior a 1945, no período pós-guerra, caracterizada pela expansão do Serviço Social para atender as necessidades do capitalismo. Nesse momento o Serviço Social incorporou as teses e idéias norte-americanas a partir do argumento de que "(...) o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização [e que] na ação profissional, o julgamento moral com relação à população cliente é substituído por uma análise de cunho psicológico" (p. 198).

Os autores afirmam que, nesse período, dois fatos importantes podem ser atribuídos como causas para a crescente incorporação do Serviço Social por esse setor. O primeiro foi a difusão do novo conceito de saúde, elaborado em 1948, e que, superando a visão da causa das doenças restrita aos aspectos somente biológicos, ampliou o olhar para as dimensões biopsicossociais e, assim sendo, passou a requisitar outros profissionais para a atuação no setor, entre eles os assistentes sociais, com desdobramentos importantes na atuação desses profissionais, como é possível deduzir da fala abaixo:

Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado 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 de diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2007, p. 199).

O segundo fato importante nesse período e que repercutiu na requisição do assistente social na saúde, foi o crescimento estratégico do subsetor da assistência médica da Previdência Social e sua consolidação como uma das principais formas de assistência à saúde da população, na lógica da mercantilização da saúde e na perspectiva do seguro social. Essa forma de Política adotada, que excluía os não inseridos formalmente no mercado de trabalho, passou a requisitar os assistentes sociais para a atuação nos hospitais, especialmente na relação instituição/população, com o objetivo de viabilizar “(...) o acesso dos usuários aos serviços. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária”. (BRAVO e MATOS, 2007, p. 199).

Segundo esses autores, nesse momento o Serviço Social não sofreu influências das experiências da “medicina integral” e/ou “medicina preventiva”, denominadas de “propostas racionalizadoras”, desenvolvidas na década de 1950, nos Estados Unidos, nem de seus desdobramentos na década posterior, como a experiência da “medicina comunitária”. Argumentam que os assistentes sociais, até meados da década de 1970, não tinham os Centros de Saúde como *lócus* principal de ação, apesar deles existirem em nosso país desde a década de 1920. Até então, a atuação restringia-se basicamente aos hospitais e ambulatorios, numa perspectiva curativa, atuando aí como Serviço Social de Casos, cuja concepção de participação restringia-se à dimensão individual, objetivando garantir a adesão e participação do “cliente” no tratamento. Os autores baseiam seus argumentos nos seguintes pressupostos:

A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo. Nos centros de saúde, os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelo assistente social. Outro componente relaciona-se à pouca penetração da ideologia desenvolvimentista no trabalho profissional na saúde. Uma ação que considera-se importante para os assistentes sociais é a viabilização da participação popular nas instituições e programas de saúde. Esta atividade, entretanto, só teve maior repercussão na profissão nos trabalhos de Desenvolvimento de Comunidade (DC). O Serviço Social Médico, como era denominado, não atuava com procedimentos e técnicas do DC e sim, prioritariamente, com o Serviço Social de Casos, orientação inclusive da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais (BRAVO e MATOS, 2007, p. 200).

2ª fase - O período pós-64 é caracterizado pelos autores como um período de profundas repercussões no trabalho do assistente social na saúde. Até então, tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas dos assistentes sociais caracterizavam-se, de forma hegemônica, pela direção do pensamento “conservador”. A partir de então, auxiliado “externamente” pelo processo de revisão de paradigmas que viveram as ciências sociais e humanas, o Serviço Social experimentou um embrião de questionamento ao pensamento hegemônico na profissão denominado Movimento de Conceituação, que fora interrompido pelo regime militar, na tentativa de “supressão da fala” dos que ensaiavam protagonizar novos movimentos e construir outros cenários.

Devido aos limites conjunturais e requisitados pelo Estado, nesse momento efetivando os ideais do grande capital, os assistentes sociais incorporaram a perspectiva modernizadora das Políticas Sociais do período, que colocavam para esses profissionais intervirem nas novas demandas geradas pela racionalidade burocrática. Para tanto, busca-se o recurso teórico do estrutural-funcionalismo norte-americano, com o abandono temporário de críticas à nova ordem estabelecida e a importação de modelo teórico-metodológico para o Serviço Social.

Os assistentes sociais inseridos na saúde, especialmente na assistência médica da Previdência Social, que se destaca nesse momento como maior campo empregador, também foram influenciados pelas idéias modernizadoras e consolidaram sua ação na perspectiva curativa. As preocupações giravam em torno

do *modus operandi*, marcado por atividades burocratizadas e por uma análise psicologizante das relações sociais.

3ª fase - Alterações no trabalho profissional na saúde e na produção teórica dos assistentes sociais só ocorreram efetivamente a partir dos anos 1980, marcando nova fase do Serviço Social na Saúde, apesar de, já no período anterior (1975-1980), registrarem-se os primeiros passos em direção a um outro caminho e novas formas de caminhar. Esse argumento também se baseia nas afirmações de Netto (2007) ao analisar o processo de construção do projeto ético-político do Serviço Social e colocar que, apesar desse debate constituir fato recente, vez que se estruturou a partir de meados dos anos 1990, as suas origens devem ser entendidas no período anterior. Eis como se posiciona esse autor:

No entanto, o objeto desse debate – e, sobretudo, a própria construção deste projeto no marco do Serviço Social no Brasil – tem uma história que não é tão recente, iniciada na transição da década de 70 à de 80. Este período marca um momento importante no desenvolvimento do serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético – político. (NETTO, 2007, p. 141 e 142).

Como visto em capítulos anteriores, a conjuntura da década de 1980, com o fim da ditadura militar, foi marcada por forte crise econômica e política, configurando-se um cenário de efervescência social, quando se assistiu também a ampliação e consolidação do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Nesse momento, tanto o Serviço Social quanto a Saúde Coletiva, enquanto campo em construção, foram marcados por intensos debates e por movimentos de apropriação da teoria marxista, o que permitiu leituras sobre o Estado e as Políticas Sociais referenciadas nessa ótica.

No entanto, no tocante à relação entre Serviço Social e Reforma Sanitária, vários autores (BRAVO, 1996, BRAVO e MATOS, 2007, NOGUEIRA, 2005) afirmam que, apesar do intenso debate existente no seio da categoria nesse momento e dos avanços no aspecto organizativo, os assistentes sociais não aderiram imediatamente ao movimento pela Reforma Sanitária, o que só posteriormente aconteceu. Sobre as

prováveis causas da “adesão tardia” dos assistentes sociais à luta pela saúde pública no Brasil, Bravo e Matos (2007), assim se posicionam:

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária. Na nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde (BRAVO e MATOS, 2007, p. 204).

Como visto no Capítulo I, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira consolidou-se e ganhou maior visibilidade durante a década de 1980, articulado ao conjunto dos movimentos sociais. Exatamente nesse período, é possível perceber, no Serviço Social no brasileiro a penetração e a intensidade do pensamento marxista, em torno do qual se articulou a tendência do movimento de “Intenção de Ruptura”, que teve forte influência na academia e nas entidades representativas da categoria, mas pouco rebatimento nos serviços, não provocando as mudanças requeridas ou propugnadas para a intervenção.

Dessa questão resultou a inexpressiva sintonia entre o pensamento teórico que procurou ser hegemônico do Serviço Social, a partir de então, e a ação/intervenção efetiva dos assistentes sociais no cotidiano dos serviços “(...) e este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde – o maior campo de trabalho” (BRAVO e MATOS, 2007, p. 204).

Essa questão, inserida no debate sobre as dimensões técnico-operativas, teórico-metodológicas, ético-políticas da profissão, como uma unidade dialeticamente articulada conduz, na atualidade, à constatação de que

(...) a dimensão técnico-operativa nesse processo tem sido considerada como o ‘calcanhar de Aquiles’, por isso que seu fortalecimento torna-se essencial tanto para o projeto de formação profissional, como para consolidação do projeto ético-político do Serviço Social. (UFSC, 2007, p.4).

Em estudo recente sobre a inserção do Serviço Social na Saúde, baseado em uma análise que a articula às diretrizes do SUS, Nogueira e Miotto (2007) estruturam e ancoram seus argumentos a partir de três pontos:

- o primeiro aspecto evidenciado pelas autoras relaciona-se à concepção ampliada de saúde e ao modelo de atenção dela decorrente, no qual a atenção à saúde ganhou importância estratégica na estruturação dos sistemas públicos de bem-estar. Segundo essas autoras, a partir desse marco histórico na saúde, a preocupação com a resolutividade dos sistemas públicos nacionais de saúde ganhou evidência e impulsionou pesquisas e estudos sobre a relação saúde-doença.

Isso implicou em uma mudança fundamental dessa análise, a partir da articulação da saúde com os seus determinantes sociais, o que tornou a saúde um campo com distintos saberes e fazeres para dar conta do desafio posto. Ou seja, a ampliação do conceito de saúde e a necessidade de construção de modelos de atenção em consonância com os princípios e diretrizes do SUS resultaram na ampliação dos saberes e fazeres no campo da saúde.

O segundo aspecto evidenciado, como consequência do primeiro, refere-se à ampliação da Política de Educação Permanente instituída pelo Ministério da Saúde, como ferramenta capaz de auxiliar na reorganização das práticas em saúde, através da qualificação dos recursos humanos para dar conta do desafio acima pontuado. Referenciadas em Miotto (2004), as autoras afirmam que tal questão ampliou

(...) a preocupação com a especificidade do Serviço Social à medida que observam outras profissões alargando suas ações em direção ao social. Fica evidente a força que a temática do social, e do trabalho com o social, vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões. (NOGUEIRA e MIOTTO, 2007, p. 219).

O terceiro aspecto, denunciado pelas autoras como paradoxal em relação ao segundo, refere-se à “desqualificação” do social, argumento por elas construído a partir da análise de alguns programas específicos, especialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e das funções atribuídas ao Agente Comunitário de Saúde- ACS. Baseadas em seus estudos anteriores, assim se posicionam:

Podemos citar como exemplo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no qual, dentre suas atribuições estão previstas ações referentes ao social, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários. Merece também destaque a própria supervisão do programa, atribuída ao enfermeiro. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente e sinalizando para uma visão reducionista da área contrapõe-se à concepção ampliada de saúde presente na Constituição Federal. Isso tudo sem dizer que os objetivos do programa sinalizam para ações que são competências históricas do Serviço Social, exigindo o domínio de técnicas de conhecimento próprios da formação do assistente social. Assim, não é por acaso que os resultados da ação, dentre outros motivos, são precários, de baixa resolutividade e, na análise de muitos, de alta irresponsabilidade. (NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 220).⁸⁰

Sobre esse ponto específico, acredito que a questão precisa ser melhor refletida, especialmente no que se refere às causas apontadas, ou pelo menos, para uma delas, a denominada “desqualificação do social” no campo da saúde.

Desqualificação de qual “social”? O “social” na concepção de qual projeto?

O conceito de “social” assume significados diversos, como todos os conceitos que exprimem uma realidade marcada por desigualdades profundas. Como visto, dois projetos principais disputam, historicamente, a hegemonia no campo da saúde: um que pode ser denominado de “Projeto da Reforma Sanitária”, cujo objetivo principal é a construção de um sistema nacional público de saúde, e, o outro, o projeto privatista, que representa os interesses da medicina privada e dos grandes grupos econômicos na área da saúde e se caracteriza basicamente pelo objetivo de enquadrar a saúde na perspectiva da mercantilização. Apesar da aparente forma simplista de colocar a questão, ela é extremamente complexa e a sua análise deve ser situada no contexto em que a questão emerge.

No que se refere aos modelos assistenciais construídos ou em construção, fazemos a leitura de que eles refletem os interesses dos grupos que conseguem dar direção às políticas sociais, no caso em questão, à política de saúde. Refletem,

⁸⁰ Destaco aqui a minha discordância com as autoras nas afirmações sobre o papel dos ACS como condição agravante ou reforçadora da “desqualificação do social” ou sobre a percepção delas de que os ACS estariam assumindo papéis e funções pertinentes ao assistente social. Penso que esses problemas são decorrentes da forma como os programas e estratégias estão sendo encaminhados no cotidiano dos serviços ou pela direção dada pela Política de Saúde. A aproximação dos assistentes sociais no PSF das discussões sobre os processos de trabalho e Núcleo e Campo do trabalho profissional, que tem se desenvolvido na Saúde Coletiva embasam a minha discordância.

especialmente, disputas, movimentos, interesses contraditórios e antagônicos que, se expressam também nos encaminhamentos dados pelos profissionais às suas lutas por ampliação e afirmação dos espaços e nos processos de trabalho, configurando as tensões entre o instituído e o instituinte, entre a teoria e a prática, entre o projeto pensado e o processo realizado. Nesse sentido, as estratégias formuladas e implementadas refletem esse movimento e podem assumir conotações e sentidos de acordo com a direção do modelo assistencial em construção.

A citação abaixo, baseada em Miotto (2004 e 2006), sobre o Serviço Social na saúde e a questão da interdisciplinaridade, apesar de reforçar a afirmação das autoras em pauta, acredito que explicita melhor a questão:

(...) os assistentes sociais vêm sendo cada vez mais desafiados na qualificação de suas ações e na construção de suas relações com outros profissionais, à medida que por um lado as profissões da saúde vão alargando seus limites em direção do social e por outro pela “desprofissionalização” do campo na sociedade atual. Fatos esses decorrentes, obviamente, da marca do neoliberalismo nas formas de organização e relações de trabalho e no deslocamento da responsabilidade do Estado para a sociedade civil da proteção social. Contraditoriamente, nas últimas décadas ganham força o processo de reestruturação produtiva (competição) e o movimento da interdisciplinaridade (cooperação). O processo de reestruturação produtiva que repercute no desemprego, na precarização do trabalho, na polivalência do trabalhador e transpassa a construção da interdisciplinaridade, trazendo conflitos dos mais diversos. A disputa de competências, a crise de identidades profissionais, os corporativismos que implicam na reorganização dos espaços profissionais (UFSC, 2007, p. 4).

Após esses breves comentários, retorna-se à análise do texto de Nogueira e Miotto (2007). Depois de delimitada a perspectiva de análise, ao fazerem a articulação entre os princípios do SUS, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Código de Ética desses profissionais, as autoras afirmam a constatação de vários pontos convergentes e reforçadores nesses projetos, especialmente no que se refere à ampliação do conceito de saúde, ao direito social à saúde conquistado na lei maior do país e ao controle social ou a participação da população na gestão da política. Especialmente sobre os aspectos que norteiam o código de ética as autoras, retomando Barroco (2004, p. 31), reafirmam, como também o fizeram Bravo e Matos (2007), que eles

não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas, articulados à competência teórica/técnica e à capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais. (citada por NOGUEIRA e MIOTO, 2007, p. 227).

Percebe-se, assim, a preocupação em reafirmar a discussão do Serviço Social na saúde a partir das conquistas do movimento pela reforma sanitária brasileira, expressos principalmente na criação do SUS, nas decorrentes mudanças do modelo assistencial e nas práticas dos profissionais e equipes de saúde. Visualiza-se, no entanto e mais uma vez, a necessidade também de articulação das competências teórica e técnica dos assistentes sociais para que, inseridos nos processos de trabalho na saúde, articulem também os princípios que norteiam à profissão à luta pela efetivação do sistema público de saúde.

Ao situarem ou justificarem a requisição do assistente social para a atuação profissional no campo da saúde, Nogueira e Mito (2007), no artigo em pauta e a partir das observações sobre como vem ocorrendo a intervenção desses profissionais no SUS, afirmam que

a hipótese de que a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vem desempenhando no sistema nacional de saúde.(p. 238).

As autoras tomam como referência para a construção dessa hipótese a discussão sobre a promoção da saúde. Nesse sentido, reafirmam o que disse Teixeira (2004), para quem o debate sobre a promoção da saúde pode assumir um significado estratégico na retomada e atualização das principais bandeiras do movimento pela reforma sanitária, que não se restringiam à construção do novo sistema de saúde, mas ressaltavam prioritariamente a necessidade e urgência de criação de políticas econômicas e sociais que impactassem efetivamente os determinantes da saúde.

Como se percebe, o quadro de inserção do Serviço Social no contexto atual é pleno de desafios. O setor saúde consolida-se, cada vez mais, como campo importante de inserção profissional dos assistentes sociais. Como visto, esse

crescimento atual ocorreu devido à configuração do intenso processo de reorganização da Atenção Básica, especialmente com a construção dos sistemas municipais de saúde e com a implantação do PSF, nos anos 1990, após a criação do SUS.

Para o Serviço Social, o principal desafio consiste em, uma vez inserido nos processos de trabalho na saúde, baseados nos referenciais específicos da profissão tais como o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político, estabelecer um movimento de, a partir das especificidades dessa inserção na saúde, olhar para a ação profissional e construir as mediações necessárias para a ação. É um movimento que propõe romper com o olhar a partir da profissão, haja vista que ele já ocorreu, um processo riquíssimo, durante a construção do Projeto Ético-Político, mas olhar para a profissão a partir do contexto de inserção.

3.2. A participação dos assistentes sociais nos movimentos dos profissionais da saúde e a relação com a inserção desses profissionais no PSF em Aracaju

Como já visto no capítulo anterior, as primeiras discussões sobre o PSF no Conselho de Saúde de Aracaju ocorreram em 1994, mas sua aprovação só ocorreu em 1998 após a efetivação da municipalização da saúde e a aprovação na V Conferência Municipal de Saúde. O pressuposto anteriormente adotado é de que esse processo “lento” de aprovação do PSF no Conselho Municipal de Saúde, tendo em vista a recusa dos conselheiros em aprová-lo, permitiu que algumas pactuações com os trabalhadores e usuários fossem estabelecidas durante a conferência.

Ao final dos 1990 em Aracaju, em pese já se iniciar o refluxo dos movimentos sociais, especialmente do movimento sindical que no nível local teve grande visibilidade, ainda encontrava-se atores “oxigenados” pelas grandes mobilizações da década anterior e muitas das reivindicações anteriormente estabelecidas, ainda constavam das atuais pautas de reivindicação.

O Serviço Social, ou os assistentes sociais, inseriam-se nesse cenário. Em Sergipe, especialmente a partir da recriação da Associação Brasileira de Assistentes Sociais- ABAS, em 1977; com a criação da Associação Profissional dos Assistentes

Sociais – APAS, em 1981, e a construção do Sindicato dos Assistentes Sociais - SASSE⁸¹, em 1986, essa categoria profissional protagonizou o processo de “retomada da fala” após a ditadura militar e se colocou como ator importante nas manifestações e lutas ocorridas no período.

Então em 1978, ia ter um Encontro das entidades de classe em nível nacional em Belo Horizonte e que era importante Sergipe se fazer presente, então eu fui para esse encontro em novembro de 1978, eu trouxe até aqui o rascunho para lhe mostrar, e chegando lá tivemos a informação que tinha havido um outro encontro e que os sindicatos do Rio de Janeiro, São Paulo e o de Belo Horizonte estavam tentando naquele momento a reorganização das entidades de classe de Serviço Social, aproveitando exatamente esse momento de abertura lenta e gradual da sociedade e reorganização da sociedade civil. Então foi um momento riquíssimo esse que a gente participou lá em Belo Horizonte e voltamos com o intuito da gente rearticular aqui em Aracaju a ABAS. É bom destacar que a Escola tinha um papel fundamental nessa rearticulação [...] Então foi com essa turma que a gente assumiu a ABAS com o compromisso já retirado naquele Encontro que aconteceu em 1978, que foi o II Encontro de Entidades e Associações de Serviço Social, realizado em 02 de novembro de 1978. Nele tinha representantes da Bahia, do Ceará, Belo Horizonte, vários outros... E nós. Então desse Encontro nós saímos com alguns encaminhamentos como fortalecer as entidades da categoria buscando apoio nas bases com o objetivo de uma luta política e nós traçamos as estratégias para cada eixo. Um eixo foi buscar a articulação com outras categorias e outro foi em nível mais nacional que era a perspectiva da criação da Federação, pois em 1978 estávamos discutindo que tipo de entidade deveríamos construir. Logo depois do ‘Congresso da Virada’ foi constituída a CENEAS e depois veio a ANAS. Então esses encontros que tive a oportunidade de participar, primeiro o de 1978 eu fui só pois fazia parte da direção do CRAS e fui para saber o que estava acontecendo e o que podia acontecer aqui em Aracaju depois disso... Então essa participação nesses encontros mostrou que deveria ser um trabalho articulado com outras categorias, com outras entidades. Assumi a direção da ABAS em 1979, fizemos vários encontros regionais e tivemos a oportunidade de participar dos encontros nacionais, na época como nós tínhamos aqui muita gente engajada, quer dizer, com vontade de trabalhar, então dos seis encontros regionais, quatro foram realizados aqui em Aracaju... Então era uma forma da gente trazer a discussão para Aracaju e aos poucos ir capacitando essas pessoas (Profissional).

Então a partir de 1978 acho que começou, foi em nível nacional e aqui também pipocou, a fazer parte desse movimento, inicialmente

⁸¹ O Sindicato dos Assistentes Sociais de Sergipe, criado em 1986, foi extinto no ano de 1992, em consonância com as discussões do momento de fortalecimento da organização por ramo de produção encaminhadas pela CUT no contexto do Novo Sindicalismo.

era ABAS, depois passou para APAS e que daí teve aquela comissão, acho que era interestadual, fazendo alguns eventos, lembro que teve em Minas, essa comissão, não era ANAS ainda, era um núcleo que, em nível nacional, começava a ser trabalhado e aí a gente tinha que dar respostas [...] mas a gente teve uma participação em nível nacional, isso no movimento da categoria [...] Aí, depois de uma década de movimento, o movimento na categoria avançou muito, a partir desse grupo que começa a trabalhar a questão da ANAS, só que aí a gente encaminhava para o sindicato, percebe? A gente encaminhava, quer dizer havia toda uma articulação com o movimento sindical, essa terceira ANAS é que começa a trabalhar essa transitoriedade e aí eu acho que o movimento da saúde ele não corria paralelo, mas ele era realimentado pelo movimento da categoria (Profissional).

Como é possível deduzir das falas acima, em um contexto no qual era crescente a articulação e organização dos trabalhadores brasileiros, como apontam os autores sobre o Novo Sindicalismo, a discussão entre os assistentes sociais sobre as formas específicas de organização também crescia e, em Aracaju, pela participação nesses movimentos, essa organização ganhou relativa visibilidade. A participação e mobilização dos assistentes sociais, cujos registros do processo de (re) organização apontam para o final dos anos 1970, revelam um percurso que permitiu a construção do Sindicato e mobilizou grande parcela dos profissionais nas lutas encaminhadas, especialmente durante a década de 1980.

O Sindicato também participou de diversas lutas e movimentos dos trabalhadores objetivando contribuir com a sociedade civil para concretização de algumas mudanças no país. Entre esses movimentos podemos destacar: a greve dos previdenciários do SINPAS, dos funcionários da DESO, dos bancários, dos trabalhadores da UFS, o apoio à ADEMA [favorável à] desativação da fábrica de cimento de Sergipe e a Greve Geral organizada pelas duas centrais sindicais, CUT e CGT (BOLETIM INFORMATIVO DO SASSE, citado por MENDONÇA SILVA, 1997, s.p.).

Nesse movimento, sempre com a parceria do Departamento de Serviço Social da UFS, a relação com o setor saúde esteve visualizada tanto através da grande participação do quantitativo de assistentes sociais que atuavam nesse campo, especialmente em hospitais – Hospital Escola da UFS e filantrópicos –, do INAMPS e das secretarias Estaduais e Municipais – especificamente de Aracaju- de Saúde, nas diretorias das entidades, quanto nas discussões específicas desse campo,

organizadas por essas entidades ou nas mobilizações com outros segmentos profissionais:

Em termos de frequência de pessoas e de adesão ao movimento, uma coisa me surpreendeu bastante, pois, nesse ínterim, houve uma luta do Projeto Salvador Julianelli, que queria subordinar o assistente social e outras profissões da saúde ao médico e rebaixar o salário e, em nível nacional tinha vindo recomendação de luta para derrubar essa proposta e nós conseguimos colocar mais de cem pessoas na assembléia. Cem pessoas só de serviço social, sem falar quando juntamos com outros profissionais. Quando nós fomos para um encontro regional e depois um nacional e colocamos a quantidade de pessoas que nós colocamos na assembléia, causou surpresa por que São Paulo tinha conseguido trinta, um outro conseguiu vinte e achando que tinham conseguido grande mobilização... Então, em proporção ao tamanho do nosso estado e ao número de assistentes sociais da base, nós conseguimos, naquele momento, uma grande mobilização para essa luta [...] O certo é que as pessoas se mobilizavam e se engajavam no processo. Então esse momento do Julianelli foi riquíssimo, foi uma grande vitória por que a gente conseguiu mobilizar diferentes sindicatos e associações que se articularam com uma única meta. Então esse foi o auge do movimento. Nós fizemos grandes mobilizações, os seminários que nós organizamos conseguiam mobilizar muita gente, as comemorações da semana do assistente social também puxava grande público, a diretriz de sempre fazer um trabalho articulado com outras categorias, então os eventos não eram só Associação, mas CRAS e Escola. Foi nesse movimento que a gente se deparou, a gente também tem que citar, que simultaneamente, tava o Departamento de Serviço Social com o curso de especialização, de 1979 a 1981, sobre As Políticas sociais e os diferentes campos de Serviço Social, que trouxe nomes importantes do serviço social na época como Inês Bravo, Vicente Faleiros e também outras pessoas que não eram do serviço social (Profissional).

Além da articulação com os movimentos da saúde na mobilização contra o Projeto de Lei Nº 2726\80 do deputado federal Salvador Julianellii, outro momento que revelou a forte articulação do movimento dos assistentes sociais com os movimentos do setor saúde foi quando, também em 1980, estudantes, profissionais da medicina, enfermagem e serviço social discutiram a implantação do CEBES em Sergipe, importante espaço aglutinador dos profissionais de saúde e impulsionador do movimento pela reforma sanitária em Sergipe, além de iniciarem as reflexões sobre o PREV-SAÚDE. Nesse momento, os assistentes sociais foram “linha de frente” desse movimento e, inicialmente em torno da sua entidade, conseguiram viabilizar esse desafio.

Por conta do curso de especialização, principalmente no módulo de saúde, foi colocado, tanto pelo professor Menezes como pela professora Inês Bravo, a necessidade de, aqui em Aracaju, ser articulado um grupo do CEBES... Então nas nossas pautas constava o processo de implantação de um núcleo do CEBES em Sergipe. Durante o ano de 1980 foi constituído um grupo com estudantes e profissionais de medicina, serviço social e enfermagem, interessados na questão saúde. Esse grupo interprofissional discutiu o documento PREV-SAUDE. No dia 26 de fevereiro de 1980, consta aqui nas minhas anotações, na reunião de diretoria, a gente discutiu a possibilidade de um debate com Inês Bravo, para ela enfocar a questão da saúde e a importância do CEBES. Isso em 1980. A saúde aí já se caracterizava como um campo importante de atuação do assistente social, ao lado de Trabalho, Educação e Assistência Social. Então, enquanto entidade ABAS, nós ficamos com o compromisso de articular na categoria e verificar, fora da categoria, pessoas interessadas. Foi aí que a gente descobriu os estudantes de medicina, que já estavam pensando e discutindo algumas coisas em relação ao CEBES. Discutimos muito com os outros profissionais sobre a estruturação do CEBES. A coordenação provisória ficou inicialmente com a ABAS e depois foi constituído o Núcleo do CEBES (Profissional).

Segundo o Relatório de Atividades da direção do SASSE, gestão 1989/1992, em 1989 o Sindicato dos Assistentes Sociais de Sergipe contava com um número de 280 filiados, em um universo de 793 profissionais inscritos no então CRAS, o que correspondia a uma taxa de sindicalização em torno de 35%. Considerando que o Sindicato dos Assistentes Sociais de Sergipe tinha sido criado recentemente, nesse momento estava na sua segunda gestão, esses números eram considerados expressivos, principalmente ao se considerar que nesse mesmo ano, em 1989, a taxa de sindicalização no país situava-se em torno de um terço dos trabalhadores, a partir de quando se observa a queda brusca da taxa, atingindo 15% em meados da década de 1990. Dados recentes mostram que, atualmente, somente 18% dos trabalhadores são filiados a entidades de classe (dados disponíveis em www.brasildefato.com.br, em 15\03\2009).

Outro fato a considerar, no que concerne à organização sindical do assistentes sociais em Sergipe, é que, durante a gestão 1989\1992, tendo em vista a filiação à CUT, que se deu em 1990, e a discussão sobre a extinção dos sindicatos por categorias profissionais para a incorporação dos profissionais nos sindicatos por ramos de produção, a direção desse sindicato, a partir de então, não desenvolveu mais nenhuma campanha de filiação. Quando ocorreu a extinção do sindicato, em

1996, apesar das preocupações, expressas no relatório de atividades da gestão, com os sinais do refluxo do movimento sindical e as dificuldades de “migração” dos assistentes sociais para outros sindicatos denominados “maiores”, houve grande aproximação com o SINTASA e o SINDPREV e suas lutas, e também com eles foi socializado o patrimônio (bens móveis) do sindicato.

É importante ressaltar que a relação estreita dos movimentos dos assistentes sociais com o Departamento de Serviço Social da UFS e a forma como eram abordadas as Políticas Sociais a partir da setorização em Assistência, Educação, Previdência, Saúde e Trabalho, contribuía também para a atividade sindical a partir desses setores. No entanto, a realidade objetiva local apontava para uma problematização maior dos campos da Assistência, Trabalho e Saúde, vez que eram os grandes campos de inserção desses profissionais no estado.

O campo da saúde, como visto no capítulo anterior, destacou-se pela luta dos profissionais em torno da construção do sistema público de saúde, o que teve grande visibilidade local e envolveu os diversos profissionais. O Serviço Social inseriu-se nessa luta de forma destacada desde o momento de construção do CEBES, nas greves, negociações, na construção e primeira eleição do Conselho Estadual de Saúde e pela ampliação dos foruns de debates e decisões.

Eu acho que foi nesse momento que o movimento social na área da saúde foi mais forte em Sergipe [...] Por exemplo, os assistentes sociais eram vanguarda, era nesse grupo aqui, principalmente as pessoas do Sindicato dos Assistentes Sociais eram as pessoas mais politizadas, mais questionadoras, nesse momento da implantação do SUS. Era um pessoal que tinha voz, que era ouvido com atenção nos debates, porque existia um grupo politizado, existiam essas pessoas politizadas (Profissional).

Em 1985 teve a abertura política, entrou um novo governo já com uma ótica diferente de mobilização e ação, que foi com o Secretário Samarone, coisas que a gente sempre pensou em fazer e nunca fazia por causa da repressão, que era discutir saúde no nível local, não se tinha discutido até então isso. Então com esse governo teve a VI Conferência Nacional de Saúde, até então a gente nunca tinha ouvido em falar em conferências de saúde, nem nacional, nem municipal e muito menos local... Aí já se discutia os conselhos, a forma de controle social das ações de saúde. Então dessa conferência começaram a surgir os conselhos locais de saúde e a gente passou a trabalhar nesse eixo, em todas as comunidades... (Profissional).

Sobre a inserção do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, que até o início da década de 1980 contava com número bastante reduzido desses profissionais, é interessante observar que a ampliação desse quantitativo ocorreu quando, na segunda metade dessa década, após algumas greves do funcionalismo público municipal, o “castigo” para as assistentes sociais que delas participaram foi a lotação imediata nesse setor. Acredito que o imaginário da saúde enquanto campo da doença, destituído de questionamentos “sociais e políticos” tenha contribuído para que isso ocorresse, além do “isolamento” que seria destinado a esses profissionais uma vez que o grande campo, com maior número de assistentes sociais, era o da Assistência.

(...) e aí eu fui devolvida para a secretaria de administração e lá me mandaram para a Secretaria de Saúde. Então a minha vinda para a Saúde não foi minha escolha... Colocaram-me na Saúde e me mandaram lá para o Posto de Saúde Onésimo Pinto, naquela época era o 5º Distrito Sanitário, como um castigo. Então fui, já tinha minhas preferências pelo trabalho comunitário. O Posto era localizado na zona norte da cidade e era uma atuação muito difícil, eu era uma assistente social naquele momento, tinha que estar lutando mesmo pelo meu espaço, até pra os próprios colegas, não apenas para a diretora da Unidade. A sala, a condição de trabalho, era com muita luta que a gente conseguia, a gente não tinha comunicação com as colegas, era muito difícil essa comunicação, Era assim “você veio com problemas?” Então diziam “coloca lá no 5º distrito”, era o local mais distante (...) então manda pra lá. Então pra mim, naquele momento, foi um terreno fértil, porque eu já tinha uma história de trabalhar com o desenvolvimento de comunidade, com organização da população, então a zona norte, era a região mais problemática e que precisava de profissionais que se dispusessem a fazer uma prática dessa natureza e aí eu fui. Aquilo que me foi dado como castigo se transformou no local mais rico da minha vida profissional (Profissional).

As primeiras ações dos assistentes sociais na Secretaria de Saúde de Aracaju, nos anos 1980, ocorreram no nível central da gestão, quando ainda não existia um quadro de profissionais lotados nas Unidades de Saúde e a saúde pública caracterizava-se como campo exclusivo da doença e da ação médica. Nesse momento a formação profissional, no que se refere ao aspecto metodológico, direcionava a intervenção segundo a trilogia Caso\Grupo\Comunidade e os assistentes sociais aí lotados desenvolviam diversas ações, tais como:

Então quando entrei não tinha nenhum assistente social nas Unidades. Só tinha médicos, poucos enfermeiros, auxiliar de enfermagem e visitador sanitário. Nós, assistentes sociais, ficávamos no nível central, na supervisão dos programas que vinham do Ministério. A gente tinha basicamente o PSN, que era o Programa de Suplementação Alimentar, que era um programa do antigo INAMPS, repassado para a Secretaria de Saúde... Então a gente ficava no controle desse programa nas Unidades, a gente fazia a seleção das mães e o acompanhamento, mas quem fazia a distribuição dos alimentos era a visitadora sanitária. A visitadora e nós, pois como eram poucas Unidades, a gente ia, a cada dois dias na semana, em uma Unidade fazer essa distribuição, a gente fazia palestra, distribuía os alimentos e fazia o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças. Além disso fazíamos um trabalho com a vigilância sanitária, participávamos das campanhas, a gente fazia trabalhos educativos... Ficávamos na supervisão dos serviços também. Não era formalizada a supervisão, por exemplo “você vai ter a função de supervisora”, não, mas embutido na nossa ação tinha a ação de supervisão das Unidades, o que faltava, o que não funcionava, o material que estava faltando, a gente fazia essa parte mesmo de supervisão nas unidades de saúde (Profissional).

Com a ampliação do quadro, as primeiras assistentes sociais lotadas nas UBS passaram a desenvolver tais atividades, referenciadas na queixa\doença. Mas a proximidade com o local permitiu a inserção nas questões que norteavam as discussões do setor saúde naquele momento, tais como a participação popular e a luta pela construção do sistema público de saúde. Desde esse momento, impulsionada a partir de 1988, essa constituiu atuação marcante dos assistentes sociais no campo da saúde em Aracaju.

Em 1985, a gente continuava no nível central, mas já com algumas assistentes sociais nas Unidades, poucas, umas três. Nas unidades elas trabalhavam nos programas, da Mulher, da Criança e no programa da alimentação, depois, com Sarney, no programa do leite. Elas implantavam nas comunidades essa questão do controle social, os conselhos eram formados no nível local. Então quando foi feita a I Conferência Municipal de Saúde em Aracaju, em 1985 ou 1986, a gente tinha implantado esses conselhos locais (Profissional).

A partir de 1988, com a Constituição, com as Conferências que mudam a perspectiva do conceito de saúde, o assistente social começa a ganhar espaço, começa a conquistar o seu reconhecimento, mas ainda em um modelo pautado na medicalização, centrado no médico. Até hoje a gente vê ainda isso e a gente já está a quase vinte anos dessa história, mas naquele momento isso era ainda muito forte e o assistente social se limitava a resolver as broncas daquelas pessoas que não conseguiam “ficha”, mas queriam se consultar naquele dia e isso acabava chegando na

sala daquela pessoa que ia fazer o milagre, que ia conseguir uma ficha a qualquer custo, com o médico ficando na Unidade duas horas, duas horas e meia, três horas e os pepinos chegavam a todo momento e a gente botava na ambulância que estava na porta do Posto e mandava. Depois de 1988, isso começa a se modificar, na década de 90 eu acho que a gente se fortalece bastante enquanto categoria mesmo, a gente começa a fazer Encontros locais dentro da Secretaria, pra dentro do serviço, pra discutir o que estava fazendo. A gente ampliou, começou a trabalhar com grupos, teve uma aproximação com os enfermeiros, os grupos de idosos, de adolescentes, de jovens, a gente começa a participar de algumas reuniões das associações de moradores, a gente amplia o trabalho comunitário (Profissional).

Esse conjunto de fatores, especialmente a forte articulação com os usuários e o intenso trabalho desenvolvido na perspectiva de garantia do direito à saúde, acredito, contribuiu para a caracterização, por vezes de forma negativa pelos gestores, dos assistentes sociais da Secretaria de Saúde de Aracaju como profissionais “críticos e de oposição”. Estabeleço, a partir desses argumentos, a relação dessas questões com a inclusão desses profissionais no PSF em Aracaju.

Outro aspecto a ser melhor explicitado nessa relação era a composição do Conselho de Saúde de Aracaju⁸² e sua firme defesa na construção do sistema público de saúde em consonância com os princípios do SUS. Os questionamentos dos conselheiros e a recusa em aprovar o PSF em Aracaju fizeram com que o mesmo fosse “digerido” por quatro anos, 1994 a 1998, e a sua aprovação consistisse em um processo de pactuação com os trabalhadores e usuários.

Assim que, ao saber que a equipe mínima definida pelo Ministério da Saúde é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de Saúde e exclui dela outros profissionais que historicamente consolidaram sua ação no setor saúde, como odontólogos e assistentes sociais, esses profissionais se articularam e na V Conferência Municipal de Saúde garantiram essa inserção, mesmo com os alertas sobre os limites do financiamento.

Ainda em 1977, quando o núcleo dirigente municipal encaminhava a discussão sobre o processo de municipalização e implantação do PSF, realizou encontro com cada categoria profissional, em separado, para reflexão e sistematização do papel de cada uma no processo. Dessa forma, os assistentes

⁸² - Para maiores detalhes desse processo, ver Tavares (2002).

sociais reuniram-se durante o fórum intitulado “Reordenando a Prática dos Assistentes Sociais”⁸³ e, a partir da informação sobre a composição da equipe mínima do PSF, da qual eram excluídos, sistematizaram uma proposta de participação no PSF.

O documento final desse fórum problematiza a ausência dos assistentes sociais na equipe mínima do PSF, reafirma o conceito ampliado de saúde aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde e contemplado na Constituição de 1988, os aspectos sociais que incidem no processo saúde\doença e os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, faz referências à regulamentação da política de saúde contida na NOB\SUS\96, especialmente aos itens que se referem à atenção à saúde e destaca aqueles entendidos como estreitamente relacionados com a atuação do Serviço Social, a saber:

- a) O da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) (...);
- c) O das políticas externas ao setor saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde\doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macro econômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade de alimentos (NOB\SUS\1996 citado por SMS\ARACAJU, 1997b, p. 2).

Assim, refletindo sobre a atuação do Serviço Social nesse campo, a partir da NOB\SUS, o referido documento ressalta ainda os objetivos e a natureza do PSF, de reorganização da atenção básica e de mudança do modelo assistencial, coloca que as atribuições dos assistentes sociais estariam relacionadas à pesquisa social; educação; encaminhamentos; orientações e a participação popular.

Esse primeiro e breve momento de reflexão coletiva sobre o fazer do assistente social, apesar dos limites evidenciados como a ausência de reflexão sobre o projeto ético-político da profissão e sua articulação com os princípios do SUS, sobre o trabalho em equipe, os processos de trabalho na saúde coletiva e os

⁸³ - O referido Fórum de discussão, com os assistentes sociais, ocorreu no período de 12 a 14 de novembro de 1997.

modelos de atenção construídos e\ou propostos, fez submergir a necessidade urgente de pensar coletivamente tais questões.

Aí foi quando começou a discussão sobre o processo de municipalização da saúde em Aracaju. Por causa desse processo, nós resolvemos fazer uma avaliação da prática do serviço social e então fizemos um Fórum dos assistentes sociais objetivando avaliar a nossa prática na Secretaria de Saúde e nesse momento já estava ocorrendo a discussão sobre a implantação do PSF em Aracaju. Na discussão ocorrida nesse Fórum saiu a reivindicação para a incorporação do assistente social nesse programa. Logo após aconteceu a V Conferência Municipal de Saúde e nela a proposta dessa incorporação foi aprovada, mas isso foi uma luta dos assistentes sociais, muita discussão e articulação. A gente fez até um trabalho na I Mostra de Saúde da Família e depois esse trabalho foi apresentado até no Canadá (Profissional).

Com essa proposta e a partir da articulação na V Conferência Municipal de Saúde, os assistentes sociais foram inseridos nas equipes do PSF em Aracaju, lotados nas Unidades de Saúde da Família, na proporção de um assistente social para uma equipe. Em 1998 foram estruturadas 11 ESF's, distribuídas em bairros estratégicos da cidade, de acordo com o Mapa da Fome. As demais Unidades de Saúde continuavam na forma "tradicional" de assistência à saúde, o que foi sendo gradualmente modificado.

Após a conquista da inserção vieram os desafios de estruturação do fazer. Os melhores salários, a melhor estruturação das Unidades de Saúde da Família e a ação em equipe causavam um imaginário, nos profissionais que ainda não atuavam em ESF, que as equipes estavam "prontas" e contavam com condições "ideais" para prestar uma melhor assistência à saúde da população.

No entanto, a realidade apresentava um quadro bem diferente. Apesar da condição diferenciada e com as USF'S melhor estruturadas, como afirma Carvalho Santos (2006), as tensões entre os profissionais produzidas pelos confrontos entre as necessidades de nova atuação, de outro olhar sobre os objetos das práticas e os limites da formação desses profissionais, geralmente referenciada em um olhar biológico, com alto número de especialistas, sem formação generalista ou em Saúde da Família, eram características marcantes desse quadro. Agravante dessa situação foi a forma histórica de organização dos serviços e a intervenção dos profissionais

pautadas por ações pontuais, fragmentadas e com um nível de hierarquização muito forte entre eles. Observava-se um forte poder do saber do médico, condensado no saber clínico, sobre os demais profissionais, o que se reproduzia também na relação entre os profissionais com formação superior e a “equipe auxiliar”, geralmente com formação de nível médio ou fundamental.

Nesse quadro, como produzir alterações efetivas nos processos de trabalho? Como fazer com que os diversos saberes e fazeres produzam cuidado no enfrentamento com o instituído? Como fazer com que os profissionais acumulem força e transformem tensionamentos em propostas coletivas que permitam o atendimento das necessidades de saúde?

Teixeira (2006), afirma que as transformações propostas no modelo de atenção exigem, para que elas sejam concretizadas, “a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas” em três dimensões: a) dimensão gerencial, que se “refere aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços”; b) dimensão organizativa, que explicita quais as relações estabelecidas entre as unidades prestadoras de serviços, qual a hierarquia existente entre essas unidades a partir do nível de complexidade tecnológica existente em cada uma; c) dimensão técnico-assistencial ou operativa, que se refere as relações que os sujeitos estabelecem no cotidiano, na prática, com os seus objetos de trabalho, e que são mediadas pelos saberes acumulados e pela tecnologia operados nos processos de trabalho nos planos da promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação. Afirma essa autora, na análise que faz sobre essas dimensões, que mudanças em somente uma delas produz alterações parciais, mesmo provocando mudanças mais amplas, são importantes mas não suficientes para que aconteça a mudança “propriamente dita do modelo de atenção”. Eis como se posiciona essa autora sobre essa questão:

Esta [a mudança no modelo de atenção] exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere a seus propósitos ou finalidades, quanto, nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente, nas relações estabelecidas entre eles e a população, usuários dos serviços (TEIXEIRA, 2006, p. 27).

Mas a discussão sobre trabalho e processo de trabalho não é nova, nem em termos gerais, nem na saúde, apesar de, nesse campo, outros temas terem sido priorizados nas conjunturas anteriores, como afirma Teixeira (2006).

Segundo Marx, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, no qual o homem, por sua própria ação, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural, coloca em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural em uma forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele transforma, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 1988).

Partindo desta concepção, Mendes-Gonçalves (1992) retrata as duas idéias mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação do conceito de trabalho humano que são as de “energia” e “transformação”, conjugadas em um único processo.

O autor citado explica o trabalho como “algo” que havia “antes”, transforma-se em “outro algo” que há “depois”, por meio de um processo no qual certa quantidade de energia se aplicou. Afirma ainda que todos os conteúdos concretos dos mais diversificados tipos de trabalho estão abstraídos nessa formulação, tendo subsistido apenas uma anterioridade e uma posterioridade, vinculadas uma a outra por um processo de transformação não espontânea, o que permite configurar o trabalho sob a forma de “processo”.

Marx (1988) decompõe o processo de trabalho em três elementos: (a) o objeto do trabalho, aquilo sobre o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto; (b) os meios e instrumentos do trabalho; e (c) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de forma específica.

Para que algo se constitua como objeto de trabalho, há necessidade de que haja, a partir dele, a construção abstrata, idealizada, “pensada”, de um resultado ou de um objetivo que se quer atingir. Para que esse objetivo ou resultado seja alcançado, faz-se necessário utilizar instrumentos ou meios de trabalho que também são criados ou utilizados mediante a intencionalidade do processo. Uma

característica dos meios ou instrumentos de trabalho humano é o fato que eles são pensados e produzidos em separado do seu tempo e espaço de uso e o fato de serem também resultados de processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Assim, a mediação entre o trabalhador e o objeto de trabalho se dá pelos meios ou instrumentos de trabalho, que são meios condutores das atividades do trabalhador sobre o objeto, utilizados conforme o seu objetivo. Num sentido estrito, os meios de trabalho constituem-se pelas ferramentas que o homem constrói e utiliza; em sentido amplo, os meios de trabalho são todas as condições objetivas existentes para que o processo de trabalho se realize (MARX, 1988).

Os processos de trabalho podem produzir, como resultado, mercadorias (com valor de uso, de troca e valor), que se constituem na objetivação do trabalho, além de resultados que, no momento em que são produzidos, são também consumidos (por exemplo, o trabalho de assistência em saúde), assim como resultados que se constituem em instrumentos de outros processos de trabalho (equipamentos e medicamentos para a assistência à saúde, por exemplo) e resultados que são objetos de trabalho de outros processos de trabalho.

No processo de trabalho, portanto, o ser humano realiza uma atividade de transformação do objeto de trabalho, mediante a utilização de meios de trabalho, pretendida desde o princípio (MARX, 1988).

Por sua vez, a análise do processo de trabalho deve ser realizada considerando-se as seguintes vertentes: a *técnica* - que significa considerar as características físicas, químicas e mecânicas do objeto; a conformação técnica dos instrumentos/ tecnologia; processos corporais do trabalho; e a *social* - que implica em considerar porque e como o objeto é constituído como tal; os instrumentos como resultados da materialização de uma determinada relação entre capital e trabalho; e o trabalho como uma expressão concreta da relação de exploração através de sua organização e divisão. Além de conhecer as características dos objetos, dos instrumentos e do trabalho é necessário analisar a relação entre eles para reconstruir a dinâmica do processo (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Após esses breves comentários sobre o trabalho humano, processo de trabalho e sua natureza, importa aqui refletir como ocorre esse processo na saúde.

De acordo com Peduzzi (1998), o trabalho em saúde, apesar de suas peculiaridades, constitui-se em um ato humano pelo qual os homens em sociedade produzem e reproduzem sua existência, não apenas no plano material, mas também no da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente, sendo as necessidades sociais que movem o sujeito à ação, tendo ele introjetado o que é a finalidade do caráter social do processo de trabalho.

Mendes-Gonçalves (1992) reconhece que, mesmo em organizações sociais baseadas na produção de “mercadorias”, todos os processos de trabalho, cujos resultados incorporam-se imediatamente ao próprio vir a ser do homem individual ou no vir a ser das condições objetivas de reprodução de suas relações sociais, como os trabalhos em educação e saúde, não podem tomar a forma imediata de mercadorias e nem ser apropriadas. Portanto, terão sempre um estatuto especial por comparação com processos de trabalho que objetivam bens materiais.

Nas especificidades dos processos de trabalho em saúde e educação, como o “homem” é o objeto, inclui necessariamente a subjetividade, referendada por Mendes-Gonçalves (1992), como relações mediadas por sentimentos, emoções e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade e com suas partes, inclusive o trabalhador, e que fazem dele um sujeito.

Mendes-Gonçalves (1992) faz uma reflexão crítica sobre o advento do capitalismo e o significado social que adquirem os corpos humanos, que são a sede da força de trabalho livre, pronta para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, devendo estar disponível em quantidade e qualidades adequadas à nova dinâmica de produção social. Portanto, o autor citado explica que o trabalho em saúde, especialmente com o advento e expansão do capitalismo, reorganizou-se e desenvolveu-se ao redor de dois eixos: como forma de controlar a ocorrência de doença e como forma de recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença.

Torna-se importante considerar que o objeto de trabalho em saúde, embora historicamente focalizado no corpo humano, nas suas dimensões objetivas e/ou subjetivas, não pode ser abstraído de suas relações históricas. Não existe um processo de trabalho em saúde “em geral”, porque a ele não corresponde um objeto “natural”, já dado independentemente da história. O(s) objeto(s) de trabalho em saúde, são recortados, são historicamente determinados. Por outro lado, os agentes que operam as práticas de saúde, os trabalhadores, também não têm uma

existência “natural”: eles operam dentro de uma divisão social do trabalho que é também historicamente determinada (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Peduzzi (2007) descreve e explicita cada elemento do processo de trabalho, na perspectiva do processo de trabalho em saúde. O objeto de trabalho vai ser transformado por meio da ação do trabalhador, aquilo sobre o que incide sua ação. Contudo, o objeto não está disposto na natureza ou na vida social, como objeto natural dado, independente da ação humana, mas deve ser reconhecido como tal pelo olhar do trabalhador, com base em um saber. A autora explica que este reconhece no objeto a necessidade que precisa ser atendida e que pode ser, por sua intervenção, orientada em uma dada direção, que ensejará o produto ou o resultado esperado com referência na necessidade identificada. Portanto, diz a autora, o recorte de um objeto de trabalho pressupõe a existência de um projeto, ou seja, o reconhecimento de uma necessidade, o produto virtual gerado por sua transformação e os meios ou instrumentos por meio dos quais o homem pode intervir sobre ele. Por sua vez, o projeto pressupõe uma concepção e um saber anterior sobre a necessidade identificada e recortada como objeto.

Em relação aos instrumentos de trabalho, Peduzzi (2007) explica que eles ampliam a possibilidade de intervenção sobre o objeto, e isso requer que possam sintetizar as características do próprio objeto e do produto que resultará de sua aplicação. Estes instrumentos podem ser materiais ou imateriais, tal como os saberes que constituem ferramenta de trabalho à medida que orientam a ação e fundamentam o recorte do próprio objeto de intervenção, ou seja, das necessidades que originam o específico processo de trabalho. Para proceder a apreensão do objeto de trabalho, o agente do trabalho, trabalhador ou profissional de saúde, opera com um saber. Mas esse “saber” deve ser entendido a partir da análise das várias dimensões que o compõem e constituem.

Como já pontuado no Capítulo I, temos, no contexto atual, no campo da saúde a hegemonia do saber clínico sobre os demais saberes. Fato marcante que teve desdobramentos na configuração dos processos de trabalho em saúde foi o surgimento do hospital moderno. Antes dele, o médico desempenhava todas as etapas do processo de trabalho de assistência à saúde. O surgimento do hospital gerou a necessidade de “trabalhos infra-estruturais” e o trabalho médico passou a ser um trabalho coletivo. Deu-se, em decorrência, o surgimento da enfermagem

moderna e de outras profissões que atuam na área da saúde, como: nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia, entre outras (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Nesse contexto, o controle das dimensões ‘mais intelectuais’, que, por sua vez, reproduz a estrutura de classes da sociedade, garantiu um poder sobre o conjunto do processo, no caso o poder do “médico”, apesar da constatação que, sob o ponto de vista técnico, nenhum dos trabalhos é dispensável e todos os agentes têm a mesma importância no atendimento das necessidades de saúde. Nesse processo, o poder do saber e fazer médico sobre os demais foi causa fundamental para a estruturação do modelo médico-centrado.

Após essa análise estrutural sobre trabalho e processo de trabalho, também na saúde, e suas determinações mais amplas, que nos dá a clareza sobre os limites das transformações requeridas, no contexto dessa sociedade, passarei a analisar a questão a partir de uma análise focada no micro-trabalho, nos micro-poderes, considerando que essa mediação faz-se necessária para entender os processos fundamentais nesse nível, sem no entanto desconsiderar a necessidade das mudanças no nível “macro”, da necessidade de construção “[...] de propostas com relação ao desenho macroorganizacional do sistema (TEIXEIRA, 2006, p. 33).

Franco (2003), ao analisar as diversas dimensões dos modelos tecnoassistenciais, fundamenta um dos seus argumentos em Merhy (1999) ao discutir o arsenal tecnológico do trabalho médico. Apesar dessa questão não constituir objetivo imediato desse estudo, pode auxiliar na análise sobre a forma como o trabalhador recorta seu objeto e define sua intervenção. Assim coloca o autor da tese:

Merhy (1999), ao discutir o trabalho do médico, como figura ilustrativa, usa a imagem de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho médico. Na primeira ele carrega os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras), e na terceira, as relações entre sujeitos que, segundo o autor, só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico utiliza-se das três valises, com predominância de uma sobre a outra, conforme a intencionalidade e seu modo de agir no cuidado ao usuário. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que as relações *interseçoras*⁸⁴ intervêm

⁸⁴ O autor da tese explicita que utiliza o termo utilizado por Merhy que assim o justifica: “O termo interseções está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a

para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leves-duras (FRANCO, 2003, p. 98).

Nessa dinâmica, a concepção do objeto do trabalho dos profissionais de saúde, e as opções tecnológicas, pode tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, quanto criar espaços de mudança em que se possam engendrar novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade.

Ainda nessa concepção, Merhy & Franco (2004) afirmam que o encontro entre o trabalhador e o usuário dá início a um processo relacional onde opera o trabalho vivo, através de atos, no caso específico atos em saúde, e a partir do qual ocorre uma intervenção tecnológica que objetiva a manutenção\recuperação\alteração de certo modo de andar a vida.

Por sua vez, Merhy (1997) afirma que o trabalho em saúde é “(...) uma práxis que expõe a relação homem\mundo em um processo de mútua relação” (p. 81) e que ele não se reduz à dimensão operativa, a uma atividade. Nessa perspectiva, esse autor reafirma que o trabalho em saúde produz atos de saúde e que o objeto do trabalho são as necessidades de saúde. Assim, a forma como o trabalhador define, constrói ou recorta seu objeto torna-se questão fundamental a refletir.

Coloquei anteriormente que, a partir de 1988, foram estruturadas as primeiras equipes do PSF em Aracaju. Nesse momento, os profissionais, especialmente os médicos, estavam saindo de uma inserção na forma “tradicional” de organização do serviço, com um fazer de consultório, no qual cada profissional desenvolvia as suas “atribuições”, sem nenhum diálogo entre eles. A partir de então, atraídos pelos melhores salários, foram inseridos em trabalhos de equipe, sem a clareza necessária sobre o que isso realmente implicava. Médicos especialistas agora teriam

interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*[sic], que não é um somatório de um com o outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002, p. 50-51, citado por FRANCO, 2003, p. 98).

de atuar como “generalistas”, para os quais foi oferecido um “Curso Introdutório” de 40 (quarenta) horas para suprir essa lacuna. As tensões foram constantes.

O grande complicador é que na verdade éramos uma equipe multiprofissional, mas, na verdade, o intercâmbio, a troca, não era nada mais que encaminhamento. Na verdade, de certa forma já era um pouco diferente, mas havia uma diferença, o médico participava de certa forma, não tão completa, porque não é da prática dele, mas ele começou a participar dos grupos que a gente tinha, por exemplo, grupo dos diabéticos, no dia de reunião a médica estava presente, fazia algumas palestras, participava das nossas, das atividades lúdicas que fazíamos. Quando a dentista fazia trabalho de saúde bucal todos estavam presentes... Mas havia uma espécie de competição, porque o grupo hegemônico era sempre o médico, então não se entendia, por exemplo, porque a primeira consulta deveria ser com o assistente social... A gente tentava fazer isso e não era entendido, eu lembro que eu ficava numa sala na frente e acabou a equipe achando que aquela sala da frente não era para o serviço social e aí fui para uma sala no fundo... No entanto eu cogitava que naquela sala o assistente social percebia melhor, por exemplo, a questão do acesso, no dia em que houvesse dificuldade de acesso a pessoa iria até a sala do serviço social discutir sobre isso. Era esse um dos grandes nós da equipe e o médico achava que o assistente social estava querendo interferir no seu trabalho ao tentar garantir esse acesso ao serviço, eles diziam “da porta do consultório pra dentro quem manda aqui sou eu...” (Profissional).

Como visto, no exercício cotidiano do trabalho multiprofissional, observa-se que, de fato, existem inúmeras dificuldades de articulação e integração. Ao analisar essa questão, Mendes-Gonçalves (1994) afirma que os profissionais das diferentes áreas tendem a reconhecer cada uma delas como se fosse peculiar e constituída isoladamente. Além disso, o processo histórico que originou e propiciou o desenvolvimento de cada um desses trabalhos especializados mantém a doença como fenômeno apreendido fundamentalmente nos níveis individual e biológico, e o saber clínico desempenhando o papel principal nas intervenções no processo saúde-doença. Tudo isso dificultava, naquele momento, a construção de abordagens que contemplassem a atenção integral à saúde.

A partir de então, as questões sobre os processos de trabalhos foram objetos de constantes discussões entre as equipes e o gestor. Constatou-se que a implantação do PSF impôs novo ritmo aos processos de trabalho dos profissionais. Como visto, a requisição para uma nova ação que não fora sustentada pela

formação profissional e pelo modelo assistencial, a convivência diária (por 8 horas) dos profissionais na UBS⁸⁵, referenciados a um território e permitindo a inserção dos mesmos no cotidiano da população e na sua organização e luta.

Os médicos rebatiam, acostumados a atender, entre aspas, na unidade de saúde os pacientes em quinze minutos e iam embora... A reclamação do povo era exatamente essa “o médico chega à Unidade, atende quinze ou vinte pacientes em vinte minutos e vai embora”, então o atendimento era de péssima qualidade e o povo reclamava muito... Isso nos conselhos já saia... (Profissional).

No entanto, apesar dessa garantia de mudança nos processos de trabalho não se apresentar de per si, sem que haja a mudança no modelo hegemônico, como afirmam Merhy e Franco (2006) é possível afirmar que o trabalho em equipe, mesmo com os limites denunciados, garante o olhar plural, uma pluralidade de saberes, o que pode garantir a integralidade da assistência, uma vez que “(...) o trabalho em equipe se torna um pressuposto para a integralidade das ações em saúde”, tal como afirmam Pedrosa e Teles (2001, p. 304). Dessa forma, a estruturação inicial da estratégia e do trabalho em equipe em Aracaju demonstrava que diversos aspectos antes não “olhados” por outros profissionais, além do assistente social, passaram a ser percebidos como relacionados ao processo saúde-doença.

A ação desenvolvida no PSF era muito mais sistematizada, pois agora já estava formada toda uma equipe multiprofissional, e aí trabalhava com a equipe nos diversos grupos; hipertensos, diabéticos, visitas domiciliares, no controle das doenças, crianças que não estavam indo para a escola, crianças sem certidão de nascimento, crianças fora da creche, então a gente trabalha na orientação e divulgação dos direitos. Imagine que era uma comunidade muito pobre. Era uma ação mais sistematizada e que a gente tinha maior proximidade para avaliar a situação sanitária, de saúde das comunidades em todos os seus aspectos, também em termos de controle das doenças, como tuberculose e diabetes, essas eram as mais evidenciadas (...) a gente trabalhava a cidadania das crianças, porque havia na comunidade muita criança sem registro. Também em termo de organização da comunidade mesmo, a gente

⁸⁵ Até a implantação do PSF, em Aracaju, a carga horária dos profissionais de saúde com formação superior era de três horas diárias. Geralmente o médico permanecia o tempo suficiente para o atendimento das consultas agendadas. Enfermeiros e assistentes sociais permaneciam na UBS por três horas e desenvolviam, além do atendimento das consultas, algumas atividades educativas e realizavam, geralmente o assistente social, visitas domiciliares.

fazia um trabalho com as lideranças, lembro que a gente fazia anualmente um fórum para fazer o diagnóstico da comunidade. Eu acho que a ação no PSF qualificou nosso trabalho (Profissional).

Na “nova ação” a incompletude dos diversos saberes no trabalho em saúde, os seus limites e as inseguranças iniciais geradas nos profissionais, permitiram a ultrapassagem das rígidas fronteiras dos “consultórios” para o estabelecimento do diálogo, mesmo que inicialmente ocorrido “entre surdos”. Configurava-se, com as inseguranças, o diálogo para o estabelecimento da ação em equipe. Ademais, considerando que “(...) esses diversos saberes compõem, ou melhor, materializam-se em diferentes tecnologias de cuidado que, por sua vez, usadas para a produção da saúde, operam os processos de trabalho em uma determinada ‘linha de produção do cuidado’ (FRANCO, 2003, p. 99), os assistentes sociais, constatavam, o que foi utilizado como argumento na defesa da sua inclusão no PSF em Aracaju, que, na sua formação, encontram-se elementos que se identificam com a concepção do Programa, como processos grupais e comunitários e seu fazer contribui decisivamente para a efetivação do processo de trabalho em equipe.

O PSF mudou nosso trabalho porque fomos ousados, não que isso tenha vindo de graça pra mudar não... Eu fiz uma diferença muito grande na equipe que trabalhei. Aquela Unidade não tinha rotina... Ela tinha rotina básica (...) Colocamos caminhadas duas vezes por semana às seis horas da manhã, eu saía de casa às cinco e meia para estar na Unidade às seis... Médico nenhum fazia isso... Enfermeiro nenhum fazia isso... Depois eles perceberam que estava dando certo e incorporaram com a gente. A relação com a equipe era boa. A gente tinha reuniões semanais e eu sempre dizia que não estava ali para fazer a diferença, mas uma diferença que fosse contemplada e importante para a comunidade, eu tentava passar para o médico que ele também podia fazer diferente e não só consultar, ele podia fazer diferente... De certa forma nós fizemos diferente... Um ano ou dois depois que estávamos lá o médico participava das caminhadas, da terapia, dos passeios, das atividades educativas. O médico participava, o próprio dentista participava... Então eu acho que o serviço social puxava... Na verdade o que o serviço social fazia era puxar os médico e enfermeiros tradicionais para inovar em questões que aproximavam mais com a população. Eu acho que a gente fez diferente nisso. Eu acho que o PSF é muito melhor onde tem assistente social que onde não tem... (Profissional).

Falando daquilo que contribui, vamos primeiro para os pontos positivos: a questão da troca, do trabalho em equipe, do nosso referencial teórico mesmo, da questão da reflexão, da proposição, eu acho que vem da nossa formação essa coisa do saber partilhar, do

saber dividir, do respeito ao outro, da não setorialização, da produção da autonomia (...) A articulação entre a área da saúde e as ciências sociais é uma articulação muito nova, por mais que a gente diga que essa aproximação vem sendo feita, mas na formação isso é muito limitado. Ainda. E a gente traz isso na nossa formação, a saúde vista como um conceito mais ampliado e fazendo isso acontecer na prática, a garantia de direitos. A gente traz essa flexibilidade, a gente tem uma facilidade de se comunicar com outros profissionais. A gente traz referenciais importantes pra esse novo pensar o conceito de saúde, com o referencial teórico da ciências sociais, que outras categorias profissionais não conseguiram ter a formação que a gente tinha desde 1981. Isso é muito legal. Agora existe o limite: a legitimidade. Eu digo que é preciso ter muito peito pra se legitimar num espaço dessa natureza, porque por mais que o discurso, muitas vezes, seja um discurso de que o trabalho em equipe é importante, o trabalho multiprofissional, a interdisciplinaridade é o centro, na hora em que você vai para a discussão alguns núcleos se fecham e querem se sobrepôr, então é preciso ter muita garra e muita reflexão. A gente ainda sente muita dificuldade de legitimação, inclusive em nível nacional (Profissional).

Mas garantir que a mudança nos processos de trabalho, e como desdobramento, a garantia da integralidade, não ocorressem a partir da adesão “espontânea” dos profissionais, a gestão, especialmente depois de 2001, definiu como objeto do trabalho as necessidades de saúde dos usuários e disparou alguns dispositivos tais como a implantação do acolhimento na rede de atenção básica e da Educação Permanente como mediação pedagógica para “monitoramento” do processo, seguindo orientação do Ministério da Saúde, que desde 1998 vinha orientando a formação dos Pólos de formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família.

O Acolhimento em Aracaju, nessa gestão, constituiu a primeira ferramenta introduzida, capaz de redirecionar o encontro entre trabalhador e usuário, ou do trabalho em saúde, e, através do qual, caberia ao primeiro o papel de compreender, significar e intervir, após escuta devidamente qualificada, sobre as necessidades de saúde, ou seja, sobre o objeto de seu trabalho. Com essa ferramenta e o conseqüente redirecionamento do trabalho, objetivava-se garantir o acesso com equidade, eliminar as filas, promover o debate sobre as agendas dos profissionais e explicitar as ofertas assistenciais, tais como: ações programáticas, atendimento individual, ações coletivas no território e os procedimentos diversos (CARVALHO SANTOS, 2006).

Como pontuado anteriormente, a implantação do acolhimento foi bastante tenso, apesar da tensão do processo não ter sido explicitamente verbalizada para o núcleo da gestão. A tempestade de idéias sobre a concepção dessa ferramenta, por todos os profissionais da equipe, especialmente entre os assistentes sociais, anunciava concepções e formas diferenciadas nas USF's.

O acolhimento deixa a desejar, porque é muito mais um agendamento do que propriamente um acolhimento... Porque o acolhimento, do que a gente entendeu do projeto "Saúde Todo Dia" era para ser uma filosofia de vida, tanto o acesso quanto o acolhimento. Na verdade o que existe mesmo são algumas vagas determinadas para cada profissional e essas vagas funcionam como se fosse este acolhimento. Por exemplo: às vezes acontece de chegar uma pessoa que poderia, se houvesse uma escuta mais qualificada, estar sendo encaminhada para o Serviço Social ou para outro profissional, ou para outras redes... Mas na verdade é assim, ele fica agendado mesmo (Profissional).

Cada equipe tem um horário de acolhimento dos agudos ou o agendamento, geralmente das 7:00 às 09:00 horas. Geralmente é sempre o enfermeiro quem faz e, na ausência dele, o auxiliar de enfermagem ou o agente de saúde, o médico não faz. Se é algo que eles não conseguem identificar, encaminham para o Serviço Social. Mas as equipes fazem o acolhimento mesmo fora desse horário... Todo usuário que chega ele pode se direcionar à equipe dele sem problema, desde que o enfermeiro esteja lá. Nesta parte eu não vejo problemas, porque já foi montado um esquema que sempre acontece... Por exemplo; uma capacitação, um horário de visita ou qualquer atividade na área, a gente montou uma escala que tem sempre um enfermeiro na Unidade para atender qualquer usuário que chegue (Profissional).

Assim que, considerada ferramenta importante para a organização do trabalho e para a garantia do acesso e da resolutividade, mas diante da complexidade com que se revelou a sua implantação, o acolhimento passou a ser tema constante das capacitações do CEPS, desde 2001, problematizando os entendimentos sobre ele e as lacunas encontradas, pelos profissionais, na sua operacionalização. O pressuposto nesse desafio, e que impulsionava a gestão, é que "(...) o acolhimento provoca uma certa qualificação do trabalho dos profissionais e da assistência prestada, em primeiro lugar porque ele intervém sobre o mundo das necessidades dos usuários, o que impõe aos serviços um outro sentido bem diferente do usual, que opera pela oferta" (FRANCO ET AL, 2004, p. 103).

Assim sendo, pensar no acolhimento enquanto ferramenta para garantia do acesso, da resolutividade e da humanização dos serviços, especialmente se ele consegue realmente por fim às intermináveis filas e humanizar o atendimento, implica em considerar que ele “(...) além de compreender uma postura do profissional frente ao usuário [signifique] também uma ação gerencial de organização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde” (SOLLA, 2005, p. 501).

Ainda, pensar o acolhimento dessa forma, significa estabelecer um processo de construção\desconstrução permanente, haja vista que a dinâmica dos serviços de saúde e a própria subjetividade dos sujeitos que o realizam, considerando que o trabalho em saúde é um encontro entre o trabalhador e o usuário, não permite o enquadramento dessa ferramenta em “modelos operativos”. No entanto, assumi-lo como uma diretriz fundamental do modelo assistencial, requer colocá-lo sempre na “pauta do dia” e que seja construído um processo permanente de discussão no qual as possibilidades e os limites da ação sejam permanentemente analisados e confrontados com o objetivo de redirecionar a ação e garantir a resolutividade, que é sempre o objetivo final do trabalho em saúde (SCHIMAZAKI et al, 2001).

Ademais, torna-se fundamental considerar que a saúde sendo uma resultante das condições de vida, a efetiva resolutividade, nesse sentido, ultrapassa a ação desse setor isolado. Assim, por maior que sejam o vínculo, o compromisso e a competência técnica existentes, eles nunca serão suficientes para a plena garantia de resolutividade do conjunto das necessidades de saúde. A clareza dessa questão torna-se fundamental para o pensar coletivo, contínuo, de novas estratégias e para que não se caia no fatalismo ou no messianismo, tão presentes na análise do Serviço Social no Brasil, como coloca Iamamoto (1982).

Nesse processo de reorganização dos processos de trabalho, a importância da complementaridade dos saberes ficava cada vez mais nítida, o que fez com que a gestão introduzisse alguns outros conceitos nas capacitações e no cotidiano dos serviços, tais como o de “clínica ampliada”.

A idéia de “clínica ampliada” é que não só o médico faz clínica. Todos os profissionais de saúde fazem, cada um, a sua clínica, utilizando e potencializando esse saber, que é geralmente apontado como o grande “vilão” do poder médico. No entanto, essa apropriação não deve ocorrer de forma fragmentada e exclusiva, mas

ter como objetivo buscar a participação e autonomia dos sujeitos nos projetos terapêuticos, além de qualificar os serviços, uma vez que “ [...] esta clínica, qualificada como ampliada, enfrenta o desafio de encarar com seriedade os sujeitos: o cuidador/profissional e o que é cuidado (MOREIRA, 2007, p. 01).

A noção de “clínica ampliada”, que pressupõe necessariamente a ampliação do olhar técnico, da escuta e das formas de trabalhar com as demandas, foi aceita pelos profissionais, especialmente pelos assistentes sociais que estabeleceram, também aí, a relação imediata dessa ferramenta com as suas habilidades profissionais.

Eu acho que a saúde ganhou muito com a inclusão do assistente social no PSF à medida que a nossa prática contribui para uma clínica ampliada. Eu penso que a gente tem essa vantagem em relação à inclusão do assistente social (Profissional).

A aplicação desse princípio, apesar da aparente concordância dos profissionais, não fora tarefa fácil. No cotidiano, cada pactuação e cada negociação significava o “compartilhamento”, em contraposição ao simples “encaminhamento”, dos casos e problemas analisados e implicava em colocar na “roda” os saberes e olhares diferentes sobre eles. Implicava em cada um “sair” do seu lugar e ângulo para avançar na direção do outro saber e lugar; em abrir mão do poder do seu conhecimento em detrimento da construção de “um saber sobre cada caso, cada situação”. A interação em equipe tornava-se fundamental haja vista que:

No trabalho das equipes de saúde da família, como de resto em todo o trabalho na atenção básica, a atividade clínica depende de profissionais com formações diferenciadas (médicos, enfermeiros, entre outros), mas depende também da interação interdisciplinar entre essas diversas formas de exercício clínico existentes, interação que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe (PINTO e COELHO, 2008, p. 327).

A introdução e operacionalização do conceito de “clínica ampliada”, por sua vez, introduziu outros conceitos considerados também importantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe, como o de “avaliação do risco”, uma vez que

Não há clínica sem singularidade, sem construção de referencial estável ou de vínculo. Na clínica, a avaliação de risco é individual, caso a caso, ainda quando sejam considerados os elementos sociais, econômicos e culturais para que se estabeleçam a vulnerabilidade e o projeto terapêutico singular (CAMPOS, 2003, apud PINTO, COELHO, 2008, p. 327).

A introdução, por consequência, do conceito de avaliação de risco exigiu nova demanda por capacitação e, nela, os assistentes sociais foram defensores árdus da introdução, em todos os casos, da inclusão dos aspectos econômicos, sociais e culturais que incidem no risco, além do aspecto biológico, o que ampliava consideravelmente o seu papel nas equipes, haja vista que a avaliação do risco, nessa perspectiva, tornava-se uma tarefa a ser realizada a partir da articulação e do diálogo que envolvesse todos os profissionais.

(...) o assistente social vai ampliar o diagnóstico do outro profissional, é a questão da interdisciplinaridade. Quando se fala não na doença, mas no sujeito, hoje se fala na clínica ampliada, que diz que o foco não está na doença mas no sujeito enquanto membro de uma comunidade, de uma região, de uma localidade, onde ele tem a sua religião, o seu trabalho, a forma de conviver com a comunidade... Então tudo isso já objetiva tranquilamente o trabalho do assistente social dentro desse viés... Então, sem dúvida, o trabalho do assistente social só veio complementar esse trabalho...(Profissional).

Eu não abro mão de participar da avaliação do risco. O risco é também por fatores sociais e culturais e eu não abro mão de participar. De vez em quando, nas reuniões de equipe, eu cobro as análises de alguns casos e que eu participe dessas avaliações, aí faço aquele discurso. O médico dá risada e diz: 'lá vem a garota do social'. Ele ri... pode fazer... mas me respeite e inclua nessa avaliação... e inclui. Até nos casos complicados eles me chamam para conversar (Profissional).

Temos hoje que os intervenientes da saúde são também econômicos, sociais e culturais. Então se são assim, nós, muito mais do que outros profissionais, entendemos esse contexto... Porque o médico, o enfermeiro, no dizer de Merhy, eles trabalham mais com tecnologia leve-dura. Então essa tecnologia é focada muitas vezes no tecnicismo, no tecnicismo duro da injeção, do remédio, e nós trabalhamos a tecnologia leve, que não é inferior às outras, mas é focada na prevenção, na promoção da saúde propriamente dita. E dentro desse processo de prevenção e promoção, nós vamos verificar quais são os condicionantes e determinantes sociais que estão incidindo na saúde desse sujeito (Profissional).

Como visto, à medida que ia sendo estruturado o trabalho das equipes, a partir do viés teórico introduzido pela gestão, no caso estruturado em uma concepção que focava o olhar para o micro-trabalho, processado com os profissionais e redirecionados, mesmo com todos os limites desse diálogo, o assistente social também estruturava o seu fazer e ia, aí, construindo e conformando a sua ação no PSF, definindo o seu papel.

Consideremos a unidade produtiva do acolhimento de risco no território que tem dois profissionais principais: o assistente social e o enfermeiro. Assistente social, porque todo risco social e ambiental demanda desse profissional. Monitoramento e acompanhamento, mesmo o agente comunitário de saúde identificando-os, fazendo parte do monitoramento e intervindo em determinadas situações, chegam para o assistente social processar, consolidar o diagnóstico e definir qual estratégia de intervenção deve ser feita, uma vez que grande parte dos riscos está no âmbito social (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 119).

3.3. A construção dos protocolos do Serviço Social: problematizando o fazer

A introdução dos conceitos de “clínica ampliada” e “avaliação do risco”, como visto, significou importante referencial para a estruturação dos processos de trabalho nas ESF's e, de forma especial, para a o trabalho do assistente social. Esse profissional, por não ter a inserção assegurada na equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, é questionado cotidianamente sobre a importância e natureza do seu trabalho nessa estratégia e os conceitos, então introduzidos, ampliavam as possibilidades de ação. As discussões para a introdução desses conceitos no cotidiano dos serviços, como pontuado, demandaram capacitação e muita discussão com os profissionais, objetivando a assimilação da proposta e atenuação, pela via pedagógica, das tensões que o processo acarretava.

A introdução da “clínica ampliada” no campo da saúde pública, da ação coletiva, requeria o pensar sobre as estratégias processuais dessa aplicação, especialmente em Aracaju, haja vista que, historicamente, o saber clínico e a saúde coletiva, o saber sanitário, apresentaram-se como campos de aplicação prática

incompatíveis. Sobre essa questão Campos (2003) afirma que, apesar da clínica ser realizada no plano singular, “[...] ela depende de um certo conhecimento prévio sobre o risco e a doença: nesse sentido, ela suporta a existência de protocolos ou de diretrizes clínicas que orientam a atuação da equipe, dando um certo grau de previsibilidade a essa prática”. (PINTO e COELHO, 2008, p. 327).

Com isso, introduzia-se uma outra necessidade para a gestão e para os profissionais que era a construção dos protocolos de cada segmento profissional, considerando que, ainda segundo Campos (2003), para a superação da dicotomia entre saber clínico e saúde coletiva, requeria-se que fossem combinadas “[...] a lógica de programas de saúde, destinados a grupos de enfermos ou com maior vulnerabilidade e com certa homogeneidade suposta, com a construção de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complicados”. (p. 327). O que significava que a equipe deveria organizar suas agendas, ou seja, “planejar o que fazer, como fazer, e com que frequência fazer”. Na avaliação do então gestor local, ao assistente social cabia uma agenda específica:

Tomemos como exemplo a definição da agenda de inclusão social em que o assistente social historicamente tem sido o organizador dos modos de garantir acesso às pessoas, a direitos e a programas sociais. Apesar de esta tecnologia ser uma das mais difíceis de ser operada, haja vista depender do conjunto de normas e leis disponíveis numa sociedade; de programas e políticas que se formam a partir da orientação técnico-política de cada governo e entes federados em dado momento histórico, qualquer componente da equipe pode fazer inclusão social. No entanto, é uma competência nuclear do serviço social (CARVALHO SANTOS, 2006, p. 118) (grifos meus).

Durante o ano de 2003, foram construídos os protocolos do serviço social na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, objetivando a estruturação do processo de trabalho do assistente social no PSF e nos novos arranjos produtivos.

Neste momento percebeu-se que a “velha” discussão sobre as “atribuições” dos assistentes sociais no campo da saúde já não tinha mais coerência uma vez que a dinâmica exigia o pensar do “papel” profissional, mas agora em um contexto de equipe, de acordo com as singularidades do território, e não de um profissional que desenvolve “tarefas” isoladamente, com uma fórmula universal e independente

dessa dinâmica. Para viabilizar essa tarefa, para a construção dos Protocolos do Serviço Social, partiu-se da discussão de núcleo e campo das profissões.

Para Campos (1997), o núcleo profissional é formado pelos conhecimentos específicos, particulares de uma profissão ou especialidade, é o que a diferencia da outra. Por outro lado, o “campo” seria um “lugar comum”, onde vários profissionais ou especialistas transitam. Para esse autor, diante da impossibilidade ou dificuldade de “programar” os processos de trabalho, a noção “Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidades” possibilita que os profissionais e equipes estejam sempre atentos a eles com o intuito de garantir suas autonomias, preservar suas identidades.

A partir desse referencial, a tarefa constituiria então, em pensar o papel profissional nas ações programáticas, nos programas existentes na Secretaria de Saúde. Essa tarefa ocorreu de forma coletiva, através de oficina realizada com todos os segmentos profissionais, cada um com seus pares, sem a clareza dos motivos da escolha metodológica para essa construção, a partir das ações programáticas, e quais as potencialidades dessa construção nessa perspectiva.

Segundo Freire (2005, p. 23), a proposta da Programação em Saúde⁸⁶ como eixo organizativo da assistência em serviços da rede pública de saúde surgiu em São Paulo, nos anos 1970, e mobilizou intensamente os Centros de Saúde da rede estadual de São Paulo entre 1975 e 1978, mas sofreu desde o início com a falta de recursos, permanecendo até 1982-83. Por ter influência apenas sobre os serviços próprios, que naquele momento atendiam apenas 4% (quatro por cento) da população, CAMPOS (1994) a caracterizou como uma prática limitada e marginal aos serviços.

As Práticas ou Ações Programáticas podem ser definidas por como:

[...] uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, inspirando-se em tecnologias de base epidemiológica [com as seguintes características:] Operação a partir de atividades eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os programas); Programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos...) e subprogramas para situações específicas de assistência

⁸⁶ Sobre a proposta das Ações Programáticas ver também Teixeira (2006)

(menores de um ano, gestantes...) e doenças de especial importância sanitária (tuberculose, hipertensão...); Finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; Hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar...); Utilização de equipe multiprofissional; Padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais; Sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade; Gerência de unidades por médicos sanitários Regionalização e hierarquização das unidades. (NEMES, 2000, *apud* FREIRE, 2005, P.23).

Os processos de trabalho no PSF, apesar de superarem as ações organizadas nas Ações Programáticas, em Aracaju ainda constituíam forma importante de estruturação das atividades, especialmente nas ações em grupos. Mas, se a proposta das Ações Programáticas havia sido objeto de reflexão quanto a suas potencialidades e limites, e como forma de estruturação do modelo de Atenção à Saúde – como ocorreu em São Paulo – o mesmo não se deu em Aracaju, ou, pelo menos, não ocorreu envolvendo o conjunto dos profissionais dos serviços.

Para a realização da tarefa de construção dos protocolos, os assistentes sociais articularam-se com o Departamento de Serviço Social da UFS e realizaram “oficina preparatória”. As discussões, nessa oficina, propiciaram a reflexão sobre as mudanças recentes no campo da saúde, o referencial teórico que orientava o grupo gestor local e o papel dos assistentes sociais no PSF.

A construção dos protocolos dos assistentes sociais permitiu assim, a reflexão sobre o papel do assistente social em cada programa específico; qual a problemática, em cada um destes programas que requeriam a intervenção do assistente social e permitiu ainda a construção das “estratégias de intervenção”. Assim, os assistentes sistematizaram a ação, baseado nas ações programáticas, nos programas já existentes nos serviços.

Nesse conjunto acho que a gente teve um momento de capacitação que foi de extrema importância para os assistentes sociais da rede de atenção básica que foi a construção dos protocolos. A gente conseguiu, numa capacitação em que o CEPS tava trazendo as ações programáticas para discussão, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto... nós conseguimos fazer isso e dentro dessa capacitação a gente teve um momento específico para o assistente social fazer uma discussão sobre como seria a nossa inserção nessas ações programáticas e a gente construiu um documento que está nos nossos protocolos, nesse programas, qual o papel do assistente

social, as atribuições dele. Isso foi construído coletivamente. Lembro que depois dessa capacitação tivemos que montar uma equipe de sistematização [...] sistematizamos o documento que hoje virou protocolo, [...] nessa capacitação nós construímos com todas as assistentes sociais que estavam naquele momento no PSF (Profissional).

Apesar dos limites evidenciados acima, pode-se avaliar que o processo de construção dos protocolos do Serviço Social na Secretaria de Saúde de Aracaju constituiu momento ímpar de reflexão sobre o exercício profissional no PSF e sobre o modelo assistencial que estava sendo construído. Dessa discussão, ressalta-se alguns pontos que, em profunda avaliação, foram fundamentais no processo.

O primeiro aspecto relevante nesse processo foi a iniciativa dos assistentes sociais, após articulação com o Departamento de Serviço Social da UFS, em estabelecer discussão preparatória para o momento “oficial” da construção. A discussão preparatória serviu como alerta sobre a necessidade da discussão permanente sobre os modelos assistenciais, seus marcos teóricos, e a relação com o Serviço Social. Esse momento, além de servir “dissecar” os aspectos técnicos da questão, configurou profícuo debate político sobre a relação dos assistentes sociais com a gestão e sobre os avanços e limites dessa política específica em Aracaju.

O segundo aspecto refere-se à forma como foi encaminhada a discussão sobre a ação do serviço social, que ocorreu a partir da reflexão sobre os determinantes da saúde, sobre a necessidade e importância da intersetorialidade para a garantia do pleno direito à saúde, momento em que foi proposta a criação da Rede Local de Solidariedade e Proteção Social, objetivando articular as diversas Secretarias Municipais para a ação.

Assim, apesar da aparente “normalidade” sobre a discussão da ação do Serviço Social iniciar com a leitura dos determinantes da saúde, uma vez que essa leitura é sempre exercitada nos fóruns coletivos da categoria, a relevância específica dela foi a síntese propositiva, com a apresentação de uma proposta concreta, a articulação da rede de solidariedade e proteção social com atuação em todo o município e em cada território específico.

O terceiro aspecto positivo desse processo foi o pensar coletivo sobre o “núcleo” da profissão, aquele conjunto de conhecimentos e tecnologias que

identificam a nossa identidade e nos garantem a legitimidade para a ação no campo da saúde. Essa não fora tarefa fácil, especialmente quando o assistente social é identificado como o profissional que atua no campo da promoção da saúde, e a discussão, ocorreu a partir das ações programáticas, que em Aracaju significa a ação com os “grupos doentes”. Ainda assim, foram definidas estratégias de intervenção em cada Programa, como proposta inicial a ser desdobrada, e aprofundada em momentos posteriores, o que não aconteceu.

A identificação do núcleo do assistente social nas Ações Programáticas ficou recortada a partir da “consulta social” (assim como a consulta de enfermagem ou médica), quando ocorre a entrevista e outros procedimentos e encaminhamentos, para a identificação e avaliação do risco, além do “parecer social”. Essas atividades só os assistentes sociais podem executar com essa especificidade, apesar da vasta ação e núcleo no campo da intersetorialidade.

Apesar do limite dessa discussão sobre a identificação do núcleo do serviço social, houveram desdobramentos interessantes nos serviços, como uma estruturação, ainda que inicial, do fluxo dos profissionais em algumas ações, que é possível constatar nas falas abaixo:

Eu diria que ele veio definir, sistematizar o trabalho do assistente social no PSF mesmo, sem dúvida. Tá lá claro, bem colocado... Mas a gestão tem que construir um espaço para a definição do fluxo do Serviço Social, como tem dos outros profissionais (Profissional).

Então, eu sou profissional de referência, isso foi pactuado em equipe mesmo, eu sou profissional de referencia dentro da Unidade para questões de saúde mental, para vasectomia, então digamos que eu sou a porta de entrada para essas questões. Além disso, tem a questão das visitas institucionais, da intersetorialidade... Eu sou a referencia na questão do controle social... (Profissional).

A continuidade das discussões e encaminhamentos sobre os “Protocolos do Serviço Social” não se efetivou no nível da gestão. Em 2007, o CEPS/Aracaju organizou a Oficina “A Instrumentalização na ação do Serviço Social na Saúde”, com a participação de todos os assistentes sociais do PSF, momento em que foi feito um resgate histórico do Serviço Social na Secretaria de Saúde e a discussão sobre a instrumentalidade ocorreu a partir da retomada dos Protocolos do Serviço Social.

A organização da Oficina atendia a uma reivindicação dos assistentes sociais sobre a necessidade de refletir a dimensão interventiva da profissão em Aracaju, e de uniformizar a ação do Serviço Social em cada questão específica, diante dos conflitos existentes entre esses profissionais, e os demais da equipe, típicos da ação interventiva multiprofissional, mas especialmente com os diversos níveis da gestão, essencialmente a coordenação e supervisão das regiões. As assistentes sociais afirmavam que, especialmente esses últimos, faziam solicitações e queixas que os profissionais, sem as condições adequadas, não teriam como cumprir.

E o Assistente Social está se deparando com esse quadro , tendo dificuldade de garantir o seu papel sem confrontos, realizando também ações individuais ou deixando de realizar por não contar com outros das equipes; tendo dificuldade em alguns programas de garantir o seu papel no fluxograma: tendo muitas vezes de criar seus próprios instrumentais de trabalho: tendo dificuldade de dar visibilidade às suas ações, pois nos sistemas de informações não entram dados sociais, qualitativos e somente quantitativos (Profissional).

O trabalho na equipe vem sendo dificultado, e também a ação do assistente social, pela indefinição do fluxo, por causa do espaço da UBS ser inadequado, existe alta rotatividade dos profissionais, especialmente dos médicos, o que dificulta o estreitamento dos vínculos (Profissional).

A supervisão não vem dando o suporte que o trabalho requer, como a discussão dos serviços e problemas, para que possamos visualizar alternativas de enfrentamentos. A conversa é sempre na cobrança, mas não estimula o verdadeiro trabalho em equipe (Profissional).

A realização da oficina significou mais um momento especial para o Serviço Social na perspectiva de (re)afirmação da identidade profissional, haja vista que, como afirma Iamamoto (2002), “[...] o trabalho coletivo não impõe a diluição das competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potenciar o trabalho conjunto”. (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

A discussão sobre a categoria instrumentalidade, que é constitutiva do exercício profissional, deve ser situada no contexto da discussão sobre o processo de trabalho e esse, por sua vez, no processo de reprodução social, identificando as mediações sociais que particularizam o Serviço Social.

Para Guerra (2000), apreender as mediações que se entretecem na instrumentalidade do Serviço Social passa pela compreensão do processo de trabalho, no seu sentido amplo e do sentido mais amplo que a instrumentalidade adquire no exercício profissional. É somente a partir da compreensão da instrumentalidade do processo de trabalho como uma propriedade sócio-histórica, que é possível buscar uma interpretação da profissão, do exercício profissional e da sua instrumentalidade.

Partindo destas afirmações a autora, no mesmo texto, evidencia que é no processo de trabalho, na passagem do momento da pré-ideação (projeto) para a ação propriamente dita, que se requer a instrumentalidade, ou seja, a conversão das coisas em meios para o alcance dos resultados e essa capacidade só pode se dar no processo de trabalho, no qual o homem mobiliza todos os recursos convertendo-os em instrumentos para alcançar seus resultados. É essa capacidade que possibilita passar das abstrações da vontade para a concreção das finalidades. (GUERRA, 2000, p. 9)

Na sociedade burguesa, a instrumentalidade do processo de trabalho é convertida em tecnologia que nega as potencialidades e capacidades de autonomia dos homens. Guerra (2000, p. 16-17) diz que a razão instrumental é uma racionalidade subordinada ao alcance dos fins particulares, dos resultados imediatos e funcionais às estruturas. A razão instrumental constitui um conjunto de atividades e funções, às quais não importam os meios nem, a legitimidade dos fins, contanto que seja funcional ao capital, subsumir os atributos das coisas aos seus aspectos quantitativos e limitar-se a garantir eficácia e eficiência.

Dessa forma, a autora ao analisar as particularidades do Serviço Social, apresenta densas críticas ao metodologismo e ao instrumentalismo que insistem em empobrecer a profissão. Guerra (2000, p. 18) afirma a proposta da instrumentalidade do Serviço Social como mediação, uma vez que ela exprime uma particularidade histórica do Serviço Social. Para essa autora, é no movimento da história que a instrumentalidade do Serviço Social pode ser vista como mediação pela qual se pode recuperar a ruptura entre a correção dos meios e a coerência e legitimidade dos fins.

A instrumentalidade do Serviço Social como mediação é o espaço para se pensar nos valores subjacentes às ações, no nível e na direção das respostas dadas

nos últimos anos e pelas quais a profissão é reconhecida ou questionada socialmente. É pela instrumentalidade que passam as decisões e as alternativas concretas, de indivíduos concretos, em situações concretas uma vez que “no campo da mediação residem as possibilidades da passagem do ser em si dos homens para a sua genericidade, para os valores e as finalidades humano-genéricas”. (GUERRA, 2000, p. 30).

Desta forma, a discussão sobre a instrumentalidade do Serviço Social na Saúde, em Aracaju, nesse momento específico, foi encaminhada a partir da leitura histórica da profissão, da inserção dos assistentes sociais no PSF, do modelo assistencial que estava sendo construído nesse local, sobre o Projeto Ético-Político da profissão, com a problematização a partir da questão: “o que queremos e como vamos construir”, sem a preocupação limitada, restrita aos “instrumentos”.

Esse momento foi caracterizado por uma discussão extremamente rica, com a constatação de que os Protocolos foram construídos, constituíram referenciais importantes naquele momento em que a necessidade de identificação do núcleo e campo profissional era imperiosa, mas eles são estáticos, como um retrato na parede e, assim, deveriam ser superados na dinâmica da prática social.

No momento de construção dos Protocolos, a relação geral era de uma assistente social para, no máximo duas equipes. Atualmente, um assistente social trabalha com até seis equipes, com vários territórios em uma mesma Unidade de Saúde, o que implicou em alterações no trabalho. Um profissional trabalhar com mais de uma equipe significa que, na prática, ele não terá vinculação orgânica com nenhuma delas, nem com o território, o que modifica os processos de trabalho no PSF, uma vez que não possibilita o estabelecimento do vínculo, nem a realização do acolhimento do risco no território, anunciado pelo gestor como uma das atribuições dos assistentes sociais.

Começou a ampliar o PSF em Aracaju e isso foi aumentando o número de profissionais. Antes a gente tinha uma assistente social por Unidade, depois a cada três equipes uma assistente social. Com a ampliação das equipes e com a dificuldade de inserção, até por conta do incentivo, houve uma redistribuição das assistentes sociais, ficando um por Unidade Básica (Profissional).

Ainda durante a Oficina, com a problematização a partir dos dados da realidade e a necessidade de estruturação da ação, alguns encaminhamentos práticos foram definidos, tais como: uniformização ou padronização dos instrumentos utilizados no PSF, tais como fichas de encaminhamento, fichas de relatórios, pareceres; ficou definido que os profissionais registrariam todos os atendimentos realizados no prontuário utilizado pelo médico e enfermeiro; a consulta social; parecer social; a elaboração do diagnóstico social e a avaliação do risco social só poderiam ser realizados pelo assistente social.

A preocupação em garantir a identidade profissional esteve presente em vários momentos da discussão. A preocupação com uma provável diluição do trabalho profissional na equipe multiprofissional e o foco no “campo”, reforçava os argumentos de que se deveria dar maior visibilidade aos demais profissionais e ao gestor, sobre o núcleo profissional do assistente social no campo da saúde. Essa era, e é, uma preocupação salutar, mas que não resulta da definição, formal, de documentos, fichas e modelos de procedimentos, apesar deles contribuírem efetivamente com a organização do trabalho.

Nesse aspecto, torna-se fundamental que as práticas sejam “revisitadas à luz do projeto ético-político”, que os encaminhamentos não se dêem na direção do corporativismo, mas que sejam articulados na perspectiva do debate interdisciplinar. Atentar para esses aspectos torna-se fator fundamental, especialmente ao se considerar que houve uma mudança substantiva no campo da saúde, uma mudança efetiva de paradigma e cabe ao Serviço Social nesse contexto:

[...] elaborar respostas mais qualificadas (do ponto de vista operativo) e mais legitimadas (do ponto de vista sociopolítico) para as questões que caem no seu âmbito de intervenção profissional [por sua vez] as possibilidades objetivas de ampliação e enriquecimento do espaço profissional [...] só serão convertidas em ganhos profissionais [...] se o Serviço Social puder antecipá-las [e elas só serão asseguradas] por tensões e conflitos na definição de papéis e atribuições com outras categorias sócio-profissionais. (NETTO, 1996, apud MIOTO E NOGUEIRA, 2007, P. 73).

Como proposta da oficina realizada com os assistentes sociais em Aracaju, definiu-se a continuidade das discussões sobre o exercício do assistente social na saúde, o que possibilitará a (re)construção de um espaço de debate e reflexões

sobre as questões fundamentais do exercício profissional, através de encontros mensais. Os encaminhamentos operacionais para a efetivação dessa proposta serão feitos pela equipe pedagógica do CEPS.

Dessa forma, os assistentes sociais vão conformando sua ação no PSF em Aracaju em consonância com o movimento específico dessa realidade, com o acúmulo de força de seus atores. Apesar dos limites, a avaliação dessa inserção é positiva. Atualmente o assistente social é considerado profissional da saúde, com a denominação “assistente social da saúde” no Plano de Cargos, Carreira e Salários da Secretaria de Saúde de Aracaju, aprovado em 2003.

Sem dúvida, o PSF foi um avanço, um ganho muito bom. Hoje nós somos trabalhadores da saúde... Inclusive para o nosso trabalho. Você sabe que eu reclamo mesmo, mas mesmo com todos os limites ele é bom, houve mudança sim na forma de trabalhar. Veja bem, antes a pessoa vinha, tinha a sua consulta marcada, ele era acompanhado pelo médico mas encerrava a sua atividade ali, com o receituário.... Lógico que o paciente poderia volta. Com o PSF há uma responsabilidade, voce trabalha com a área adscrita, as famílias estão sob a responsabilidade daquela Unidade, tem as ações programáticas, todo um acompanhamento, todo o conhecimento da área, eu sei tudo da minha área, pergunto aos agentes, eles me dão todos os dados que preciso. Não resta dúvida que o PSF, em relação a Unidade tradicional, é um grande avanço (Profissional).

Além desses aspectos e apesar de todos os limites, a inserção do assistente social no PSF vem se caracterizando também pela atuação decisiva no controle social, como um profissional que tem impulsionado, efetivamente, a participação da população na gestão da política de saúde no nível local.

Os assistentes sociais foram os profissionais que mais estão, junto com o diretor da Unidade nas Conferências Locais. Tinha que ter representante da Unidade e o assistente social era sempre colocado, na votação ele era sempre indicado, até porque ele se articulava com o usuário, ele tinha boa relação com os usuários e os profissionais, então essa foi uma ação que ampliou e mudou um pouco o perfil do que a gente fazia anteriormente, de atender cada situação. Então a gente participou, no município todo, cada assistente social no seu lugar, participou das Conferências e da construção do Conselho Local (Profissional).

Diversos estudos, especialmente no contexto atual, enfatizam o tema da participação da população na gestão das políticas sociais, como questão fundamental para o exercício da cidadania ativa, que é “[...] aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas, essencialmente, criador de direitos para abrir novos espaços de participação política”. (BENEVIDES, 1994, p. 16)

Dessa forma, a participação popular é colocada como fundamento e a base da cidadania ativa. Para que isso aconteça, faz-se necessário a criação de espaços públicos para que a soberania popular não esteja restrita apenas ao processo eleitoral, mas que tenha a possibilidade de “criação, transformação e controle sobre o poder, ou os poderes”. (BENEVIDES, 2003, p. 20)

Assim, estabelecendo a relação sobre o tema da participação da população nos Conselhos Locais de Saúde, sobre os quais, especialmente, têm refletido o trabalho do assistente social no PSF em Aracaju, ficou claro, nesse estudo e a partir das falas dos assistentes sociais, que a inserção em várias equipes, portanto vários “locais”, sem vínculo efetivo em nenhum deles, é questão que também inviabiliza essa ação e articulação.

CONCLUSÕES

As análises e reflexões empreendidas nesse estudo se voltaram para o entendimento sobre o processo que resultou na criação do SUS e, na década seguinte, do Programa Saúde da Família no Brasil e em Aracaju, no qual a luta pela efetivação do direito à saúde constituíra característica primordial.

Identifica-se o início desse tempo no final dos anos 1970, no contexto de esgotamento do regime militar e de reaparecimento no cenário nacional dos movimentos sociais, no qual se configura o chamado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, denunciando o péssimo padrão público de assistência à saúde, que, entre outros aspectos, caracterizava-se pela exclusão de parcelas imensas da população brasileira que, por encontrarem-se excluídas do mercado formal de trabalho, não tinham acesso a esse direito.

A década de 1980, assinalada por grave crise econômica e política, apresentava as condições objetivas para a expansão dos movimentos sociais, com destaque aqui para o movimento sindical que, sob influência do Novo Sindicalismo, propõe a superação da organização sindical corporativa, a adoção de novas práticas de organização e relação com as bases, além da articulação dos diversos movimentos como forma de superação das lutas imediatas e a construção de lutas comuns e unificadas.

Como visto, no contexto favorável pela conjunção dessas questões aos movimentos sociais, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira também ganhou visibilidade, aglutinou profissionais das diversas categorias, construiu o pensamento social crítico da saúde e ampliou os espaços de discussão dos debates, nos quais a luta pelo direito à saúde constituiu o objetivo maior.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e as suas deliberações, a criação do SUDS e a conquista, no contexto constitucional de 1988, do Sistema Único de Saúde significaram marcos importantes dessa luta e passos fundamentais para a concretização desse direito.

No entanto, na década de 1990, tendo em vista a ofensiva neoliberal, observa-se o refluxo dos movimentos sociais e das ações sindicais. Nesse momento, as tentativas de desconstrução dos processos desencadeados nas

décadas anteriores impactaram fortemente os movimentos sociais, suas organizações e os direitos já conquistados.

Assim, o contexto imediatamente posterior à criação do SUS caracterizou-se adverso aos seus princípios e diretrizes e implicou nas tentativas de adoção de modelos de atenção à saúde e tecno-assistenciais focados na seletividade. A criação do PSF, nesse contexto, apesar deste apresentar-se como uma estratégia de implementação dos princípios do SUS e de anunciar mudanças nos processos de trabalhos, com a alteração do foco na doença, causou questionamentos e dúvidas sobre suas “intenções”. Os questionamentos feitos denunciavam a influência tecnológica da Medicina Comunitária que a Estratégia apresentava e os perigos de prováveis “tendências” à seletividade e focalização.

O olhar direcionado para um estado específico, Sergipe, permitiu apreender as singularidades e especificidades desse processo. As singularidades de um estado que se constituiu com as fortes marcas do coronelismo na sua formação política e cultural, como uma referência importante no poder e mando, com uma economia essencialmente agrícola, sem as experiências de organização e luta do período anterior a 1930 que marcaram outras realidades, especialmente do sul e sudeste do país, nas quais o processo de industrialização e a presença do imigrante europeu, com suas experiências de organização e luta, constituíram fatores importantes.

O “tardio” movimento sindical dos trabalhadores em Sergipe, que somente iniciou-se no pós 1930, nos moldes do corporativismo, propiciou um caminho bem peculiar, no qual as lutas e garantias de direitos passavam pelo crivo do Estado. (ROMÃO, 2000, p. 146).

No entanto, o que se observou é que, nesse estado, logo após aos anos 1930, os trabalhadores ampliaram os espaços de participação para a política partidária e fundaram os partidos operários. A partir de então, avanços e refluxos marcaram os movimentos dos trabalhadores. No final dos anos 1970, reacenderam-se os movimentos sociais, agora com novos atores: os funcionários públicos, operários da indústria de extração de petróleo e trabalhadores do setor de serviços.

Neste momento, os movimentos dos trabalhadores da saúde tiveram atuação destacada, com grandes mobilizações, publicizando a luta pelo direito à saúde e o

também caráter excludente da política. Contribuíram para o alargamento da democracia e para as mudanças nos espaços institucionais.

No contexto do Novo Sindicalismo em Sergipe, com a crescente importância do movimento sindical na conjuntura política local, ainda com fortes marcas do mandonismo, nota-se a ampliação poder de mobilização dos trabalhadores da saúde. Nele, os assistentes sociais tiveram participação destacada, tendo contribuído decisivamente com a construção do CEBES no nível local, que foi elemento aglutinador e impulsionador das discussões sobre o quadro sanitário local.

Foi nesse período que se deu inserção das primeiras assistentes na Secretaria de Saúde de Aracaju, apesar de se consolidar como efetivo espaço de inserção desse profissional no final da década de 1980, após a criação do SUS, especialmente após a implantação do PSF, em 1998.

A força dos movimentos sociais, especificamente dos movimentos dos trabalhadores da saúde, possibilitaram que os espaços de participação da população na gestão da política de saúde, no seu início, se constituíssem como espaços de efetiva publicização das demandas e carências da população nesse setor específico, transformando-os em locais em que aconteciam grandes debates e disputas de projetos.

Pode-se avaliar que, por tais características, os gestores encontraram dificuldades na aprovação do PSF em Aracaju, o que possibilitou que esse processo fosse pactuado com os trabalhadores e usuários e, diante do poder de articulação e mobilização desses profissionais, foi possível garantir a inclusão dos assistentes sociais e odontólogos nas equipes locais do PSF.

Nesse momento, o Programa Saúde da Família inseria-se em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde e era apresentado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, pelo Ministério da Saúde.

A partir de então, em Aracaju, essa Estratégia atraiu os olhares e debates sobre as possibilidades de inversão do modelo de assistência à saúde, considerando que a sua adoção implica na forma de organizar a produção de saúde em cada local, envolve componentes políticos importantes e se expressa segundo a correlação de forças de cada localidade. (CECILIO, 1997) Essa correlação de forças,

no Conselho Municipal de Saúde, apresenta-se relativamente favorável aos usuários e trabalhadores, naquele momento (TAVARES, 2002), o que permitiu algumas pactuações.

Os dados demonstram a rápida expansão do programa em nível nacional, o seu fortalecimento institucional, e o fato de que ele realmente migrava de algumas experiências localizadas para constituir-se em política de reorientação da atenção básica implementada na quase totalidade dos municípios brasileiros.

Essa tendência de crescimento do programa também foi observada em Aracaju que, antes da sua implementação, em 1998, tinha sua rede de atenção estruturada na forma “tradicional” de assistência à saúde, atendendo basicamente à demanda espontânea. Em 1998 foram estruturadas 11 ESF em bairros periféricos e o programa existia ainda com a manutenção da rede clássica. Os dados revelam, ainda, que é expressiva a cobertura populacional do Programa em Aracaju, que passou de 29,5% em 2001, para 85% em 2005. (Carvalho Santos, 2006, p.183)

No entanto, esses dados, de per si, não são reveladores das mudanças ocorridas no nível do modelo de Atenção à Saúde e/ou nos processos de trabalho dos profissionais, o que pressupõe uma análise referenciada nos seus fazeres profissionais, no protagonismo dos diversos atores implicados no processo de produção do cuidado em saúde e as mudanças nos micro-processos de trabalho. (FRANCO, 2003)

Observou-se que em Aracaju os processos de trabalho dos profissionais foram efetivamente impactados, especialmente após 1998 com a criação do PSF, e impulsionados especialmente a partir de 2001.

De imediato, constata-se a transição de uma atividade realizada individualmente, que tinha como objeto a doença, referenciada no olhar biológico e clínico, para uma prática que tem como objeto as necessidades de saúde da população; de um processo médico-centrado passa-se para um processo usuário-centrado, que era a proposta apresentada, e já impactava o fazer dos profissionais.

A decisão de utilizar o “acolhimento” como diretriz fundamental para provocar as mudanças nos processos de trabalho – apesar das tensões, conflitos e diferentes entendimentos sobre o seu conceito – permitiu que essas mudanças continuassem sendo processadas. O acolhimento exige necessariamente o diálogo entre os

profissionais, e desses com a gestão, já que implica o fato de que todo usuário que chega à Unidade seja atendido, e que exista uma oferta equitativa dos serviços de saúde. Essas condições nem sempre estão dadas e, em Aracaju, não estavam. Daí os motivos iniciais para os conflitos e tensões.

Por outro lado, passar do foco da doença para a necessidade, implicava uma mudança de olhar dos profissionais, o que não fora garantido nem pela formação, nem pelos serviços até então. A exigência dessa mudança, que foi causa inicial dos conflitos e tensões, permitiu que, em um segundo momento, o diálogo fosse estabelecido para a necessária reorganização do atendimento. Como afirma Merhy (2004. P. 19), o acolhimento “[...] exige dos atores interessados nesse processo capacidade analítica da situação e construção de um modo de protagonizar ações que possam ir produzindo novos sentidos para a produção dos atos de cuidar”.

As falas dos entrevistados revelam que o trabalho em equipe não acontecia na sua plenitude, mas alguns passos estavam sendo dados como: “os médicos passaram a apoiar e participar das atividades educativas”, “os dentistas vão às escolas e fazem palestras”, “os médicos participaram das caminhadas”, “a médica dizia para mim: ‘eu sou médica, eu não tenho comida para dar a ela’”...

Os profissionais de saúde inseridos no cotidiano da população passaram a perceber as suas necessidades e os limites da ação referenciada na doença. Quem tem inserção no cotidiano da saúde, historicamente, sabe o que isso significa. A opção tecnológica desses profissionais, especialmente dos médicos, historicamente, foi a utilização das tecnologias duras. Estabelecer com eles esse diálogo não fora desafio fácil.

A introdução do conceito do cuidado, no lugar da “cura”, foi outra questão fundamental para que isso se processasse. O cuidado, enquanto responsabilidade do serviço, que implicava na escuta, reforçou a importância do diálogo, uma vez que ele supera a capacidade resolutiva individual, do especialista. Assim, o acolhimento tornou-se ferramenta importante na produção do cuidado, no estabelecimento do vínculo e da resolutividade.

A introdução do conceito de “clínica ampliada” também marcou e redirecionou os processos de trabalho, ao propor o rompimento com o saber clínico como uso exclusivo de um profissional, e do estabelecimento de seu poder sobre os demais.

Contribuiu, assim, para o estabelecimento de relações mais “horizontais” entre os diversos profissionais, fundamental nesse processo.

Definia-se como trabalho em saúde o encontro entre trabalhador e usuário e como objetivo da assistência à saúde, a produção da autonomia dos sujeitos.

Além dessas questões que se colocam no nível dos micro-processos de trabalho, acontecia, paralelamente, a estruturação da rede básica e das demais redes assistenciais de saúde, o que contribuía com a integralidade da assistência.

A inclusão dos assistentes sociais no PSF em Aracaju, como visto, foi fruto do processo de organização e luta desses profissionais que conquistaram, também, a sua inclusão no Plano de Cargos e Salários enquanto “assistentes sociais da saúde”. Essa também não fora tarefa fácil, vez que essa inclusão não estava prevista, da forma como ocorreu, “no tempo regulamentar do jogo estabelecido”. Para isso foi necessário “suar a camisa”, correr muito para que o resultado não configurasse a derrota. E não configurou.

Mas o processo ainda não chegou ao seu final e nele vários cartões amarelos já foram levantados, como a quebra da isonomia salarial anteriormente estabelecida entre todos os profissionais, o aumento do número de equipes acompanhadas por cada assistente social, chegando, em alguns casos, a seis equipes para um único profissional, o que, na fala deles, desvirtua o PSF e implica na qualidade dos serviços.

A análise dos processos de trabalho, a partir da inserção dos assistentes sociais no PSF, permite concluir que as mudanças aconteceram, ou estão a se processar. Elas acontecem nos processos de trabalho existentes nas USF que refletem na atividade de todos os profissionais, incluindo os assistentes sociais. Foi um processo de mudança do paradigma da atenção em saúde como um todo, um processo articulado que foi implicando em mudanças sucessivas.

No entanto, é preciso abrir mão da razão instrumental da contemporaneidade, combater o imediatismo, o pragmatismo presente na profissão, consolidar o projeto ético-político no cotidiano dos serviços e, neste campo de mediações, perceber que seu papel na divisão sócio-técnica do trabalho vai muito além de um agente técnico especializado, como afirmou Guerra (2000).

Em Aracaju, pela forma como vem ocorrendo a inclusão do assistente social no PSF, por meio da inserção dos profissionais nas USF's, responsabilizando-se por até seis equipes – o que resulta em formas diferentes de trabalho haja vista que ocorrem formas diferenciadas de inserção nos processos de trabalho do PSF, de relação com as equipes e com os territórios –, refletir sobre essas questões torna-se fundamental e urgente.

Foi possível observar que com a inserção do assistente social no programa, como um dos desdobramentos mediatos da luta pela reforma sanitária em Sergipe e da organização dos Assistentes Sociais neste mesmo estado, a ocorrência de mudanças no processo de trabalho desses profissionais, a expansão e crescimento da sua atuação, e conseqüentemente o aumento das possibilidades de solidificação da proposta do novo modelo assistencial, tendo em vista a natureza e qualidade da formação desses profissionais. No entanto, essa experiência específica não tem dialogado com o coletivo nacional dos assistentes sociais e não tem contribuído para um debate em torno da inserção do profissional no programa em nível nacional, o que a fragiliza pela ausência da reflexão sobre suas possibilidades e limites, e não consolida esse importante *lócus* de ação profissional no setor da saúde.

Atualmente em Aracaju, os assistentes sociais estão em processo de articulação da (re)criação do Sindicato dos Assistentes Sociais, discussão levantada especialmente pelos assistentes sociais que trabalham no PSF, que vislumbra, com isso, a oportunidade de rearticulação das suas lutas. O processo está em curso.

Por fim, alerta para a natureza transitória e parcial das afirmações aqui contidas, tendo em vista que a questão estudada, objeto desta pesquisa, está em construção, em pleno movimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA

- ABEPSS. Fórum de Educação das Profissões da Área da Saúde. *Projeto da ABEPSS – 2005-2006*. Porto Alegre: 2004 (mimeo).
- ABRAMIDES. Beatriz Costa. *O Projeto Ético- Político Profissional do Serviço Social Brasileiro*. São Paulo, PUC/SP, 2006. Tese de Doutorado.
- ABREU, Marina Maciel. A questão pedagógica e a hegemonia das classes subalternas In: *Serviço Social e Sociedade* Nº 51. São Paulo; Cortez, 1996.
- ALMEIDA, N.L.T. Considerações para o exame do processo de trabalho do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 17, n. 52, p. 24-47, dez. 1996.
- ALMEIDA. Maria da Conceição Vasconcelos. *Ação Político-Sindical dos Petroleiros – SE\AL nos anos 80*. Aracaju, Se: 1999. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Sergipe. 226 p.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AMARAL, Denise Perroud e MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. *A Trajetória do Serviço Social na Área de Saúde em São Paulo: 1940-1999. Relatório Final*. São Paulo: 2002 (mimeo).
- ANAS\CBAS. Serviço Social: as respostas da categoria aos desafios conjunturais. *Congresso Chico Mendes*. São Paulo, Cortez, 1991.
- ANDRADE. Luiz Odorico M. de, BARRETO, Ivana Cristina de Holanda C. B. BEZERRA, Roberto Claudio. *SUS passo a passo : historia, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Hucitec, 2007
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. *Classe Operária, Sindicatos e Partidos no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1982.
- _____. *Crise e poder*. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. *O que é sindicalismo*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ARACAJU. *Proposta de Participação do Assistente Social no Programa Saúde da Família*. Aracaju: 1997b, mimeo.

_____. *Plano Municipal de Saúde de Aracaju*. Aracaju: 1997a, mimeo.

ARACAJU. SECRETARIA MUNICIPAL de SAÚDE. *Considerações Sobre o Modelo Assistencial em Saúde para o Município de Aracaju*. Aracaju: 1988, mimeo.

_____. *VI Conferência Municipal de Saúde de Aracaju*. Aracaju: 2001, mimeo.

_____. *Relatório de Gestão*. Aracaju: 1998, mimeo.

AROUCA, Sérgio. *Reforma Sanitária*. Disponível em <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br>, em 31/10/2006.

ARQUIDIOCESE DE SÃO PAULO. *Brasil Nunca Mais*. 16. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1985.

ARROYO, Miguel González. A medicina e o pobre – Eymard Mourão Vasconcelos (resenha) In: *Revista Serviço Social e Sociedade* Nº 32, Ano XI, São Paulo: Cortez, 1990.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, 2001.

BARBOSA, R.N; CARDOSO, F.G; ALMEIDA, N.L.T. A categoria "processo de trabalho" e o trabalho do assistente social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 19, n. 58, p. 109-130, nov. 1998.

BARROS, Solange Aparecida Barbosa de M. *Inserção do Programa Saúde da Família no Estado do Paraná como Estratégia de Implementação da Atenção Básica à Saúde*. 2003. 184 f. Tese de Doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2003.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Política Social: fundamentos e história*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENJAMIN, César et al. *A Opção Brasileira*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.

BIANCHI, Álvaro et al. *A Crise Brasileira e o Governo FHC*. São Paulo: Xamã, 1997.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. *O que é participação*. 6 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. A Centralidade ocupada pelos sujeitos que participam das pesquisas do Serviço Social In: *A Particularidade da Pesquisa no Serviço Social* – Tese (Doutorado em Serviço) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUC\SP, São Paulo, 2005.

BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA, Sergio Góes. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1981.

BRASIL. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

_____. *Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde*. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. *Incentivo à Participação popular e Controle Social no SUS: texto técnico para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.

_____. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação*. Brasília, 1996.

_____. *Lei Orgânica da Assistência Social*. Brasília, 1993.

_____. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.

_____. *Política Nacional do Idoso*. Brasília, 1994

_____. *Estatuto do Idoso*. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programas e Projetos. Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

_____. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. mimeo.

_____. *Revista Promoção da Saúde nº 01*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica IN: *Capacitação para Conselheiros de Saúde: Textos de apoio*. BRAVO, Maria Inês Souza, MATOS, Maurílio Castro de. ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. (orgs). Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001.

_____. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social*, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta Continuada à Distância, 2000.

_____. *Serviço Social e Reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, Ed. UFRJ, 1996.

_____ et al (organizadoras). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate IN: Ana Elizabete Mota et al (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2. ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2007.

CALDERÓN, Adolfo Ignacio. *Democracia local & participação popular: a lei orgânica paulistana e os novos mecanismos de participação popular em questão*. São Paulo: Cortez, 2000.

CAMPOS, Edval Bernardino e MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática In: *Revista Serviço Social e Sociedade* Nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.

CAMPOS, G. W. de S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

_____. *Reforma da Reforma: Repensando A Saúde*. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. *Saúde Paidéia*. 1. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

_____. *Saúde Pública e Defesa da Vida*. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 1992. v. 1.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E. & ONOCKO, R. (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

CARVALHO SANTOS, Rogério de. *Saúde Todo Dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CATTANI, Antônio David (org). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (org). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde*. LAPPIS – Laboratório de Pesquisa sobre práticas de integralidade em saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. Disponível em: www.lapis.org.br. Acesso em 04/03/2008.

CFAS. *Código de Ética Profissional do Assistente Social*. Brasília, 1993.

CFESS. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulos 1, 2 e 3. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distancia, 2000.

CFESS. *Serviço Social na Área da Saúde no Brasil*. Contribuições da Comissão de Saúde do CFES para o debate. Brasília, 1995 (mimeo).

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1985.

COHN, Amélia. *Previdência Social e Processo Político no Brasil*. São Paulo: Ed. Moderna, 1980.

_____. MARSIGLIA, R.G. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI, J.T.P. et al. (Orgs.) *Isto é trabalho de gente?*. São Paulo: Vozes, 1993.

COSTA, Maria Dalva Horácio da Costa. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: *Revista Serviço Social e Sociedade* Nº 62. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e Controle Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1985.

COUTINHO, Carlos N. *A Democracia como valor universal*. São Paulo: Ciências Humanas, 2000.

_____. *Gramsci um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1994. p.142.

CRUZ, José Vieira da. A juventude estudantil em Aracaju: trilhando seus primeiros passos IN: *Revista de Aracaju*. V.9, Aracaju: FUNCAJU, 2002.

CURY, C. J. Educação e Categorias. In: *Educação e Contradição*, pp. 53-85. São Paulo: Cortez, 1979.

DANTAS, José Ibarê Costa. *A tutela militar em Sergipe – 1964/1984; partidos e eleições num estado autoritário*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____. *Coronelismo e dominação*. Aracaju: Gráfica Diplomata/Universidade Federal de Sergipe, 1987.

_____. Notícias de Greve em Sergipe 1915-1930. IN: *Revista do IHGS* nº 31. Aracaju, 1992.

_____. *O tenentismo em Sergipe (Da revolta de 1924 à Revolução de 1930)*. Petrópolis: Vozes, 1974.

_____. *Os partidos políticos em Sergipe (1889-1964)*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

_____. *Revolução de 1930 em Sergipe: dos tenentes aos coronéis*. São Paulo: Cortez; Aracaju: Universidade Federal de Sergipe, 1983.

DEMARTINI, Zeila de Brito Fabri. *Trabalhando Com Relatos Orais: Reflexões a Partir de Uma Trajetória de Pesquisa – Reflexões Sobre a Pesquisa Sociológica*, Coleção Textos, n.º3, São Paulo: CERU, 1.992.

- DEMO, Pedro. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1989.
- _____. *Conhecimento Moderno – Sobre Ética e Intervenção do Conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- _____. *Participação é Conquista*. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988.
- _____. *Pesquisa: Princípio Científico e Educativo*. São Paulo: Cortez, 1996.
- DOIMO, Ana Maria. *A Vez e a Voz do Popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós 70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ANPOCS, 1995.
- DOMINGUEZ, Benedito Narey Ramos. *Programa Saúde da Família: como fazer*. Belo horizonte: CGE, 1998.
- ESCOREL, Sarah., GIOVANELLA, Lígia., MENDONÇA, Maria Helena., DELGADO, Mônica. *Avaliação do Programa Saúde da Família em oito grandes centros urbanos: o ponto de vista das famílias*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrasco 2003.
- FASE. *Revista Proposta* Nº 77. Rio de Janeiro: Paz e terra, Vozes, 1987.
- FAUNDEZ, Antonio. *O Poder da participação*. São Paulo: Cortez, 1993.
- FEGHALI, Jandira. Saúde: uma prioridade estratégica In: *Revista Princípios* Nº 47. São Paulo: Editora Anita Garibaldi, 1998.
- FRANCO, T. B. *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*. Campinas, SP: 2003. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 277 p.
- _____ et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, Chapecó, 2004.
- FREIRE, Rafaela Cordeiro. *As Ações Programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado*. Campinas, SP: 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 120 p.
- GARCÍA, J.C. O nascimento da medicina social. In: NUNES, E.D (org.) *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1983.

GENTILE, Marilena. Os Desafios do Município Saudável. In: *Revista Promoção da Saúde* Nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Promoção da saúde In: *Revista Promoção da Saúde* nº 1. Brasília: Ministério da saúde, 1999a.

GOHN, Maria da glória. *Teoria dos movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GRAÇA, Tereza Cristina Cerqueira da, SOUZA, Josefa Eliana, CERQUEIRA FILHO, Manoel Luiz Cerqueira. *Sociedade e cultura sergipana: parâmetros curriculares e textos*. Aracaju: SEED, 2002.

GUERRA. Iolanda. *Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social*. *Revista Serviço Social e Sociedade – Processo de Trabalho e assistência social*, ano XXI, Nº 62, p. 5-34 São Paulo, Cortez, 2000.

HEIMANN, Luíza S. et al. *Descentralização do Sistema Único de saúde: trilhando a autonomia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

HOBBS, Thomas. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado Eclesiástico e Civil*. Tradução de João Paulo Morais e Maria Beatriz Nizza da Silva, 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, V. I e II (Coleção Os Pensadores), 1988.

HOLLIDAY, Oscar Jara. *Para Sistematizar Experiências*. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 1996.

.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão social no Capitalismo In: *Revista Temporalis* Nº 3. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

_____. *As Atribuições Privativas do(a) Assistente Social*. Brasília: CFESS, 2002.

_____ e Raul de Carvalho. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1982

KALLOUSTIAN, Silvio Manoug (org). *Família Brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 1990.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. In: *Cadernos CERU\Centro de Estudos Rurais e Urbanos*. São Paulo:CERUS\USP, nº 11, 2000, p. 123-134.

LAURELL, Asa Cristina (org). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LUZ, Madel Therezinha. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARSIGLIA, Regina M. Giffoni. *Servidor, Funcionário, Trabalhador: Interesse e Culturas no Setor Público de Saúde*. São Paulo, FFLCH/USP, 1993.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

_____. *Pesquisa qualitativa: elementos conceituais e teórico-metodológicos*. Texto elaborado para o curso Qualidade de Vida: um debate contemporâneo, realizado na Casa do Psicólogo, São, São Paulo, setembro,2004.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.1.

MEDINA, M.G., PEREIRA, R.A.G., HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrasco 2003.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso. Educação Sanitária: uma visão crítica In: *Cadernos do CEDES* nº 4. São Paulo: Cortez/CEDES/ Autores Associados, 1987.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O consenso no discurso e o dissenso na prática social; notas sobre a municipalização da saúde no Brasil*. São Paulo: 1991(mimeo).

_____ et al. *Distrito Sanitário – o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da

Secretaria Municipal as Saúde de São Paulo; 1992 (Cadernos CEFOR Série textos, 1).

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.

MENDONÇA SILVA, Albany. *A Trajetória da Organização Política dos Assistentes Sociais em Sergipe no período de 1958 a 1992*. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju: 1997.

MENDONÇA, Maria Helena M. de, SENNA, Monica, GOMES, Mônica Valéria Castro, ESCOREL, Sarah e GIOVANELLA, Lígia. *As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família*. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrasco 2003

MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997.

_____. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MISHIMA, S.M; VILLA, T.C.S; SILVA, E.M; GOMES, E.L.R; ANSELM, M.L; PINTO, I.C. *et al*. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M (Coords). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p.251-96.

MONTANO, Carlos. *A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução*. São Paulo: Cortez, 2007.

MORAES, Nilson Alves de. *Saúde no Brasil: 1984-1988 - Política e Discursos*. 1997. 303 f. Tese de Doutorado em Ciências Sociais - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 1997.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 26 mar. 2009. .

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. *et al, (org.) Serviço Social e Saúde*. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NEDER, C. A. P. (org). *Controle Social no SUS: a prática e os desafios*. São Paulo: Instituto de Saúde, 1995

NETO, Eleutério Rodriguez. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. IN: NETTO, José Paulo. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social IN: Ana Elizabete Mota et al (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____. *Crise do Socialismo e Ofensiva Neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Notas sobre a Reestruturação do estado e a Emergência de Novas Formas de Participação da Sociedade Civil In: BOSCHETTI, Ivanete; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira; CESAR, Maria auxiliadora e CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. *Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo*. Brasília: UnB, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Direito à saúde na sociedade contemporânea: um convite à reflexão. In: *Revista Ser Social: revista do Programa de Pós Graduação em Política Social / Universidade de Brasília*. Departamento de Serviço Social – v. 1, 2002] 10. Brasília, Ser Social, UnB.

_____. e MIOTO, Regina Célia Tamasso. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais In: Ana Elizabete Mota et

al (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007

_____. *Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde*. Florianópolis: 2005 (mimeo).

NUNES, C.A. *Processo de trabalho em saúde: texto de apoio utilizado no treinamento introdutório das equipes de saúde da família*. Pólo de Capacitação, Salvador, 2001.

OLIVEIRA, Jaime A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária IN: COSTA, Nilson do Rosário, MINAYO, Cecília de Souza, RAMOS, Célia Leitão e STOTZ, Eduardo Navarro (orgs). *Demandas populares, Políticas Públicas e Saúde*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. (ORG.) *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993a.

_____. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva* nº 174. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1998.

_____. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. . In: ROUQUAYROL, M. Z. (org). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993b.

_____. Saúde e Estrutura Social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. In: SILVA, Lígia Maria Vieira (org). *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

PALMA. Luiz *et al*, (orgs). *Famílias: aspectos conceituais e questões metodológicas em projetos*. Brasília : MPAS; São Paulo: FUNDAP, 1998.

PEDROSA, J. & TELES, J. Consensos e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, V. 35, Nº 03, 2001.

PEDUZZI, Marina. *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população* [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

_____. *Equipe Multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. 254f. (Tese Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas, 1998.

PEREIRA, Potyara A. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. In: *Revista Ser Social: revista do Programa de Pós Graduação em Política Social / Universidade de Brasília*. Departamento de Serviço Social – v. 1,] 10. Brasília, Ser Social, UnB., 2002

PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2004.

PINTO, Carlos Alberto Gama. e COELHO, Ivan Batista. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica IN: CAMPOS, G. W. de Souza (et al). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rotschild, 2008.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. *Revista do Programa de Estudos Pós graduados em História* nº 14, São Paulo, PUC-SP, EDUC, 1997.

RAMOS, F.R.S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis/SC: Papa-livros, 1999.

RANCIÈRE, Jaccques. *O desentendimento – política e filosofia*. São Paulo: Editora

RODRIGUES, Leôncio Martins. Sindicalismo e Classe Operária (1930-1964) In: HOLANDA, Sérgio Buarque de. *História Geral da Civilização Brasileira*. Volume X, São Paulo:Difel, 1981.

ROMÃO, Frederico Lisbôa. *A Greve do Fim do Mundo : Petroleiros 1995. Expressão fenomênica da crise fordista no Brasil*. Campinas, SP: [s.n.], 2006.

_____. *Na Trama da história: O movimento operário de Sergipe – 1871 a 1935*. Aracaju, 2000.

SANTOS, Lenalda Andrade. Organização do Trabalho In: *Textos para História de Sergipe*. Diana Maria de F. L. Diniz. ET AL. Sergipe, UFS, 1991.

_____ e OLIVA, Terezinha Alves. *Para conhecer a História de Sergipe*. Aracaju, Opção Gráfica, 1998.

SANTOS, W. G., *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 3.ed., Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SARTI, Cyntia A. famílias Enredadas. In; Acosta, Ana Rojas e Vitale, Maria Amália faller. *Família, redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, Instituto de Pesquisas Especiais, PUC/SP, 2005.

SCHIMAZAKI, M. E. *et al.* Acolhimento solidário: a saúde de braços abertos. IN: DUCCI, Luciano (org). *Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

SERGIPE. *Constituição do Estado de Sergipe*. Aracaju: Segrase, 1989.

SERRA, Rose Mary Souza. *A prática institucionalizada do serviço social : determinações e possibilidades*. São Paulo, Cortez, 1986.

SILVA FILHO, João Ferreira da. A Construção do Pesquisador em Saúde Mental e Trabalho IN: BORGES, Luiz Henrique, MOULIN, Maria das Graças Barbosa, ARAÚJO, Maristela Dalbello. *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações*. Vitória: EDUFS, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Jaqueline Oliveira. *Educação, Processo de Trabalho e Serviço Social*. Porto Alegre: Dacasa Editora/Livraria Palmarinca, 1997.

SILVA, Lúgia Maria Vieira da (org). *Saúde Coletiva: textos didáticos*. Salvador: Ed UFBA, 1994.

SILVA. Ivone M. F. da. *Conselhos de Saúde: construindo uma nova linguagem*. Cuiabá: EdUFMT, 1998.

SOARES, Laura Tavares. *Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005, V. 05, Nº 04, p. 493-503.

SOUZA, M. F. FERNANDES, A. S. *et al.* Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades IN: *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, dezembro de 2000 Nº 21. P. 7-14.

SOUZA, Teresinha Oliva de. *Textos Para a História de Sergipe: Estruturas de Poder*. Aracaju, UFS/BANESE, 1991.

SOUZA, Maria Luiza de. *Desenvolvimento de Comunidade e Participação*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1990.

SPOSATI, Aldaiza & FALCÃO, Maria do Carmo. *A Assistência Social Brasileira: descentralização e municipalização*. São Paulo: EDUC, 1990.

TAVARES, Maria Cecília. *As Marés do PSF: os discursos cheios e as práticas vazantes*. 2002. 112 f. Dissertação de Mestrado em Educação – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/SE: 2002

TEIXEIRA, Carmem. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando os nós, criando laços. IN: TEIXEIRA, Carmem. e SOLLA, Jorge Pereira. *Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIP; Salvador: UFBA, 2002.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UFSC/ DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL. *Processo de Construção do Espaço Profissional do Assistente Social em Contexto Multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família*. Florianópolis; 2007, mimeo.

VACARI NETO, João. Políticas Sociais e o papel do DIEESE IN: *Serviço Social: as respostas da categoria aos desafios conjunturais*. Congresso Chico Mendes. São Paulo, Cortez, 1991.

VÁRIOS AUTORES. *Revista Serviço Social e Sociedade*, Nº 50, São Paulo, Cortez, 1996.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. *Educação popular e saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, Ana Luíza D'Avila. & CASTRO, Maria Helena G. de. Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde. In: *Série Reformas de Política Pública* N 16. Santiago do Chile; Projeto regional de política pública; CEPAL/ governo dos Países Baixos, 1993.

VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social*. São Pulo: Cortez, 2004.

WEFFORT, Francisco C. *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978.

WEFFORT, Francisco C. Participação e conflito industrial: Contagem e Osasco (1968) IN: *Cadernos Cebrap* nº 5. São Paulo: Brasiliense, 1972.

ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE CATALOGAÇÃO DE DOCUMENTOS

I – IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

A) TÍTULO:

B) TIPO:

C) ESTRUTURA:

D) DATA DE ELABORAÇÃO:

E) LOCALIZAÇÃO:

II – SÍNTESE DOS ASSUNTOS CONTIDOS NO DOCUMENTO:

QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

GRUPO I

SUJEITOS: PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA EM SERGIPE

1. Primeiras referências do Movimento pela Reforma Sanitária em Sergipe
2. Contexto político, econômico de Sergipe nesse período
3. Como ocorreu a participação dos profissionais nesse movimento; como as diversas categorias profissionais se articulavam.
4. Como ocorria a relação com os diversos movimentos sociais.
5. Quais as mudanças mais importantes no espaço institucional que ocorreram
6. Qual análise faz do movimento pela reforma sanitária em Sergipe e Aracaju
7. Que avaliação faz do SUS hoje
8. Como analisa o Programa Saúde da Família em Aracaju

GRUPO II

SUJEITOS: ASSISTENTES SOCIAIS DO PSF DE ARACAJU

1. Avaliação da formação para a atuação no setor saúde (a formação deu elementos/dados necessários para uma atuação na saúde? Como avalia a sua formação?):
2. Como ocorreu o seu ingresso na secretaria de saúde? Qual o período que ocorreu? Em qual setor foi inserida?
3. Que atividades desenvolvia ao ingressar?
4. Posteriormente (qual o período) que outras atividades desenvolveu?
5. Que atividades desenvolve atualmente? Como desenvolve? Como analisa a importância dessas atividades para o exercício profissional do conjunto dos assistentes sociais?
6. Como está estruturado hoje o quadro dos assistentes sociais na Secretaria de Saúde? Comente a partir do modelo técnico assistencial hoje implementado.
7. Qual análise faz hoje do serviço social no PSF? Quais os limites e possibilidades dessa atuação?

ANEXO 2 - ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATRIBUIÇÕES DOS ASSISTENTES SOCIAIS NAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

I – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1.1 SITUAÇÕES DE RISCOS SOCIAIS QUE AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES DEVEM SER ENCAMINHADOS PARA O ASSISTENTE SOCIAL.

- Condições de moradia precária / risco ambiental
- Desemprego na família
- Carência nutricional;
- Baixa auto-estima;
- Falta de documentação pessoal;
- Exploração e abuso sexual;
- Violência doméstica;
- Dependência de drogas e álcool pela criança, adolescente e/ou família;
- Diversidade de parceiros sexuais;
- Desagregação familiar;
- Exploração do trabalho infantil;
- Fatores de ordem emocional provocado por ansiedade, medo, dentre outros.
- Situação escolar: evasão, repetência, defasagem idade/série, etc.
- Pais portadores de transtornos mentais em situação que possa provocar risco a criança e/ou ao adolescente.

1.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Acolhimento;
- Consulta Social;
- Orientação sobre os direitos sociais, previdenciários, trabalhista, da criança, do adolescente e da família;

- Apoio psicossocial;
- Encaminhamento para profissionais ou serviços da UBS;
- Educação em saúde;
- Acompanhamento domiciliar;
- Inclusão e monitoramento em programas sociais;
- Articulação da rede local de solidariedade e proteção social objetivando:
 - Garantir o acesso aos direitos da criança e do adolescente;
 - Encaminhamentos Institucionais;
- Interpretação de Normas e Rotinas;
- Assessoramento nos grupos de trabalho contribuindo em técnicas sócio-grupais, educativas-comunicacionais;
- Acompanhamento e avaliação do processo de trabalho.

II – SAÚDE DO ADULTO

2.1 SITUAÇÕES DE RISCOS SOCIAIS QUE HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E IDOSOS DEVEM SER ENCAMINHADOS PARA O ASSISTENTE SOCIAL.

- Desemprego;
- Baixa renda familiar;
- Condições de moradia;
- Baixa auto-estima;
- Preconceitos de diversos tipos a exemplo de idade, mutilações e etc;
- Discriminação;
- Conflitos familiares;
- Violência doméstica;
- Abandono;
- Rejeição;
- Consumo de álcool e drogas dentre outros.
- Situação previdenciária

2.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Acolhimento;
- Consulta Social;
- Diagnóstico Social;
- Parecer Social;
- Busca ativa dos faltosos;
- Sensibilização do usuário para adesão ao programa;
- Abordagem terapêutica individual e familiar;

- Educação em Saúde;
- Articular rede local de solidariedade e proteção social, objetivando:
 - Encaminhamentos Institucionais;
 - Garantia de acesso aos direitos sociais;
 - Integração com grupos diversos visando à inclusão em atividades física, terapêuticas, culturais, sociais e políticas;
- Assessoramento nos grupos de trabalho contribuindo em técnicas sócio-grupais, educativa-comunicacionais;
- Avaliação do processo de trabalho;
- Interpretação de normas e rotinas das USF;
- Acompanhamento domiciliar;
- **Facilitar a inclusão dos usuários em cursos para complementação de escolaridade na modalidade jovens e adultos;**
- Facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre serviço, usuário e a família para agilizar a resolução de problemas emergentes.

III – SAÚDE DA MULHER

3.1 SITUAÇÕES DE RISCOS SOCIAIS QUE A MULHER DEVE SER ENCAMINHADA PARA O ASSISTENTE SOCIAL

- Desnutrição;
- Violência doméstica;
- Consumo de drogas e álcool;
- Desagregação familiar;
- Profissionais do Sexo;
- Mulheres com múltiplos parceiros;
- Fatores de ordem emocional como: aceitação; ansiedade, dentre outros;
- Gravidez indesejada;
- Resistência ao tratamento;
- Necessidade de encaminhamentos a serviços especializados;
- Necessidade de Apoio Psicossocial;
- Falta de higiene no domicílio;
- Exploração e abuso sexual;
- Situação previdenciária;
- Desemprego;

3.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Acolhimento;
- Consulta social;

- Educação em Saúde
- Encaminhamentos internos;
- Articulação da rede local de solidariedade e proteção social objetivando:
 - **Garantia de acesso a creches, escolas, enxoval, cesta básica, etc.**
 - Garantia de consultas especializadas
 - Combate às carências nutricionais
- Inscrição e acompanhamentos em programas sociais;
- Acompanhamento familiar e no domicílio;
- Sensibilização para adesão ao programa/ tratamento;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Busca ativa das faltosas;
- Orientação civil, previdenciária, trabalhista e direitos da criança;
- Abordagens terapêuticas, individuais e familiares;
- Interpretação das normas e rotinas das USF;
- Assessoramento nos grupos de trabalho contribuindo em técnicas sócio-grupais e educativas comunicacionais;
- Interpretação de normas e rotinas;
- Acompanhamento e avaliação do processo de trabalho.
- Colaborar para inserção do marido ou companheiro nos Programas, através de reflexão dirigida para a realidade sócio-familiar.

IV – DST

4.1 SITUAÇÕES DE RISCOS SOCIAIS QUE O PORTADOR DE DST DEVE SER ENCAMINHADO PARA O ASSISTENTE SOCIAL

- Desemprego;
- Baixa renda familiar;
- Carência nutricional;
- Condições de moradia;
- Falta de higiene no domicílio;
- Exploração e abuso sexual;
- Violência doméstica;
- Consumo de drogas e álcool;
- Desagregação e conflitos familiares;
- Baixa auto-estima;
- Preconceitos e Discriminação
- Conflitos familiares;
- Abandono;
- Rejeição;
- Situação previdenciária

4.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Acolhimento;
- Consulta Social
- Diagnóstico Social
- Parecer social
- Articular a rede local de solidariedade e proteção social objetivando:
 - Facilitar o acesso do parto da gestante HIV;
 - Facilitar o acesso e permanência em creches e escolas aos filhos dos portadores de HIV;
 - Garantir acesso aos direitos sociais;
- Encaminhamentos institucionais;
- Integração com grupos diversos visando à inclusão em atividades físicas, terapêuticas, culturais, sociais e políticas;
- Abordagem Terapêutica Familiar;
- Sensibilização do usuário para adesão ao programa;
- Trabalhar na equipe os diversos aspectos referentes ao preconceito com pacientes de DST/HIV-Aids visando garantia de acesso e sigilo;
- Encaminhamento para notificação;
- Educação em Saúde;
- Acompanhamento e avaliação do processo de trabalho;

V – SAÚDE MENTAL.

5.1 SITUAÇÕES DE RISCOS SOCIAIS QUE O PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS DEVE SER ENCAMINHADO PARA O ASSISTENTE SOCIAL

- Negação da doença;
- Desagregação e conflitos familiares;
- Baixa renda familiar
- Falta de higiene no domicílio;
- Desemprego na família;
- Dificuldade de acesso à escola;
- Exploração e abuso sexual;
- Violência doméstica;
- Sexualidade;
- Consumo de drogas e álcool;
- Preconceito e Discriminação;
- Abandono;
- Rejeição;
- Situação previdenciária

5.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Acolhimento;
- Consulta social;
- Parecer Social;
- Diagnóstico Social;
- Ampliação da Rede Local de Solidariedade e Proteção Social objetivando:
 - Encaminhar/ Orientar para garantir o acesso aos direitos sociais;
 - Inserir em grupos existentes/ Saúde Mental Comunitária;
 - Facilitar o acesso ao tratamento e medicação;
 - Facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre serviços e a Família para agilizar a resolução de problemas emergentes, (carrinho Zeus/ cadeira de rodas)
 - Possibilitar a autonomia afetiva, material e social do usuário;
 - Propiciar a incorporação do usuário na vida social e política;
 - Incrementar a consciência do usuário acerca dos seus problemas pessoais, familiares, econômicos e sócio-culturais.
- Acompanhamento familiar;
- Acompanhamento e avaliação do processo de trabalho;
- Interpretação de Normas e Rotinas.
- Detectar alguns determinantes das disfunções de ordem psicossocial como: complexos; ansiedade; auto-rejeição; diante do risco biológico apresentado pelo usuário.
- Fazer encaminhamentos para os CAPS diante da necessidade do caso e acompanhar.

VI - ACOLHIMENTO DE RISCO NO TERRITÓRIO

6.1 SITUAÇÕES DE RISCOS NO TERRITÓRIO QUE DEVEM SER TRABALHADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL

- Degradação do Meio Ambiente;
- Endemias: dengue, esquistossomose, calazar, etc;
- Violência urbana e doméstica;
- Lixo;
- Ausência de Saneamento Básico;
- Condições precárias de Moradia;
- Condições precárias de Higiene;
- Prostituição;
- Exploração e Abuso Sexual;
- Consumo de drogas e álcool;
- Desemprego.

6.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Reconhecimento de Território;
- Identificação e avaliação de riscos sociais/ambientais que possam provocar danos epidemiológicos e sanitários ao indivíduo ou comunidade;
- Sensibilização da ESF para a intervenção nas situações de risco no território (Ações multiprofissionais);
- Acolhimento Coletivo;
- Análise de Indicadores de Saúde para provocar discussão do conceito ampliado de saúde com a equipe e os usuários;
- Intersetorialidade;
- Projeto de Desenvolvimento Local;
- Ações de Educação em Saúde;
- Incentivo às Ações de Mobilização e Organização Comunitária;
- Controle Social;
- Incentivo a ações pontuais que possam minimizar os riscos no território, tais como: mutirões, campanhas, atividades educativas e recreativas, eventos, etc.;
- Criação de Fóruns integrados e permanentes de discussão dos problemas do bairro;
- Acompanhar e avaliar com a equipe os impactos das ações na redução dos riscos e agravos à saúde do indivíduo e/ou comunidade.

Fonte: Protocolos do Serviço Social em Unidades de Saúde da Família. Produção coletiva da capacitação profissional dos assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde. Aracaju-Se, maio, 2003.

Organizadores:

Aida Celeste de Brito

Ana Cláudia de Oliveira Pimenta

Sandra Helena Barreto