

Health Policy and Social Work: A study on intersectorality in Ituiutaba / MG - Brazil

Política de saúde e Serviço Social: Um estudo sobre a intersectorialidade no Município de Ituiutaba/MG Brasil

LORRAINY DIAS MENDES *

Resumo

O artigo apresenta os resultados parciais da pesquisa que teve como objetivo analisar o Serviço Social na política de saúde e a intersectorialidade, no bairro Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba/MG. A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta realidade, adota a abordagem qualitativa e coleta de dados em campo em questionário, tendo como sujeitos participantes os profissionais envolvidos no Serviço Social com as famílias. Os resultados mostram que o Serviço Social contribui de maneira efetiva para a saúde e o projeto profissional segue os princípios do SUS; mostram ainda que a legislação brasileira está coerente com a perspectiva intersectorial, apesar de os limites e desafios serem expressivos e distantes para a efetivação da intersectorialidade nas políticas públicas. Considera-se que o cenário contemporâneo exige o fortalecimento do trabalho intersectorial, como estratégia para efetivar o acesso aos direitos sociais da população.

Palavras-chave: Política de Saúde, Serviço Social, Intersectorialidade, Habitação.

Abstract

The article presents the partial results of the research, whose objective was to analyze the Social Service in the health policy and the intersectorality in the neighborhood Residencial Jardim Europa II, municipality of Ituiutaba/MG. Based on the dialectical method, looking at this reality as a whole, the research takes a qualitative approach. Field data collection is carried out through a questionnaire applied to Social Work professionals that work with the families. The results show that Social Work contributes directly to health and that the professional project follows the SUS principles; they also show that, although Brazilian legislation is consistent with the intersectoral perspective, the challenges to the effectiveness of intersectorality in public policies are significant. The current scenario requires the strengthening of intersectoral work, as a strategy to effect access to the social rights of the population.

Keywords: Health Policy, Social Work, Intersectorality, Housing.

* Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP - Franca/Brasil. Membro do Grupo QUAIVISS - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social.

1. Introdução

O presente artigo apresenta os resultados parciais da pesquisa no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus Franca/SP – Brasil, tendo como tema central Política de Saúde, Serviço Social e Intersetorialidade. O interesse pelo tema nasceu das vivências e inquietações da pesquisadora desde a graduação em Serviço Social, com o estágio supervisionado na área da saúde do município de Ituiutaba/MG, e mostrou os desafios para a implantação da política de saúde, sobretudo do acesso dos usuários aos serviços, tendo revelado a necessidade do trabalho intersetorial.

O Serviço Social brasileiro apresenta um Projeto Profissional fundamentado nos princípios da universalização das políticas públicas, democratização dos espaços institucionais, erradicação das desigualdades sociais, equidade, liberdade, e outros na direção da efetivação do acesso aos direitos sociais. O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, construído e legitimado pelo debate da categoria, assinala o compromisso com os interesses e as necessidades da classe trabalhadora brasileira. Contudo, para Netto (1999), antagônico ao projeto defensor do neoliberalismo que privatiza o público, promove o sucateamento dos serviços públicos, o enxugamento do papel do Estado e a focalização das políticas sociais.

As proposições do Projeto Ético-Político do Serviço Social estão articuladas ao Projeto da Reforma Sanitária brasileira, visando efetivar a universalização do acesso à saúde com qualidade. Para Bravo e Matos (2004) são projetos que enunciam princípios e diretrizes para a construção de relações democráticas, com base na liberdade e participação ativa dos sujeitos sociais, para a ruptura com práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas.

A atuação da pesquisadora como assistente social, a partir de 2015, no setor de habitação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG tinha como proposta desenvolver o Projeto de Serviço Social com as Famílias do bairro Residencial Jardim Europa II, beneficiadas pelo Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCV). A experiência profissional permitiu a identificação de problemas complexos que perpassam a política de saúde, os quais estão articulados ao meio ambiente, condições de moradia, renda, educação, serviços básicos na comunidade, ligados diretamente à saúde. Outro aspecto relevante relaciona-se com as transições políticas regressivas e conservadoras, hegemônicas no cenário contemporâneo e que se reproduzem na esfera municipal, que têm conduzido o desenvolvimento das políticas públicas

e cujas propostas são traçadas pelo sucateamento da saúde, privatização, focalização, permeadas pelas relações de poder determinadas pela reprodução do capital. Tais condições incentivaram o aprofundamento da análise da relação da intersetorialidade na saúde, abrangendo aspectos relacionados com a política de habitação.

O Projeto de Serviço Social com as Famílias teve início em 2015, para a estruturação dos equipamentos sociais no Residencial, com ênfase nos serviços de infraestrutura, moradia, saneamento básico, saúde, educação, lazer, exigindo a articulação das políticas públicas e o trabalho intersetorial. A estrutura do Projeto orienta a perspectiva intersetorial para o planejamento conjunto, a otimização de recursos, a organização do espaço coletivo, visando o desenvolvimento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Esta experiência demonstrou que a intersetorialidade é fundamental no desenvolvimento das políticas públicas, em especial, da política de saúde como área de interesse central da pesquisa.

O município de Ituiutaba situa-se na região sudeste do Brasil, no estado de Minas Gerais, com uma população estimada em 103.945 habitantes (Ibge, 2016). Esta região é conhecida como Polo Regional do Pontal do Triângulo Mineiro, por ser referência na oferta de serviços a vários municípios. Sua localização geográfica, distante dos grandes centros urbanos do país, dificulta o acesso a recursos científicos, tecnológicos, formativos, entre outros, quando considerada a extensão do Brasil e suas diversidades locais e regionais. No desenvolvimento do estudo observou-se que são restritas as pesquisas e os estudos desta região, o que tornou necessário e relevante a ideia de compreender como a política de saúde está sendo implementada no interior do país.

Nesse sentido, o objetivo central da pesquisa foi analisar o Serviço Social na política de saúde e a intersetorialidade no Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba/MG. Partiu-se do pressuposto que a intersetorialidade é uma estratégia importante para efetivação dos direitos dos usuários na política de saúde, assim como para a articulação de recursos, saberes, conhecimentos e experiências, buscando transformar o processo de precarização do acesso à saúde, por meio do compartilhamento de responsabilidades.

A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta complexa realidade, adotou-se a abordagem qualitativa e a coleta de dados em campo, tendo como participantes quatro profissionais envolvidos no Projeto Social com as Famílias. A pesquisa revelou as expressivas dificuldades na implantação das políticas públicas e os desafios para o enfrentamento do acesso aos

direitos, uma vez que a intersetorialidade se mostra como um instrumento importante no desenvolvimento das políticas sociais.

2. A política de saúde e a contribuição do assistente social

Ao contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil, verifica-se que, com a industrialização na década de 1930, houve o aprofundamento das desigualdades sociais e da exploração da classe trabalhadora. Neste período, a saúde estava condicionada apenas aos trabalhadores com registro em carteira, que contribuíam e estavam vinculados à previdência social. Portanto, para Iamamoto (2009) a intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais. Assim, «O Serviço Social deixa de ser um mecanismo da distribuição da caridade privada das classes dominantes — rompendo com a tradicional filantropia — para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores» (Iamamoto, 2009, p. 172).

A política de saúde no Brasil surge como questão social a partir do século XX. Com a Reforma Carlos Chagas buscou-se a extensão dos serviços de saúde pelo país, onde foram elencados problemas adjacentes à higiene e a saúde do trabalhador, constituindo-se assim as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Elói Chaves em 1923 (Bravo, 2009). Neste sentido, o papel do Estado estava voltado para a manutenção da ordem social em benefício do capital, e os problemas de saúde tornam-se públicos a partir da organização do movimento operário. Na década de 1930, com o reflexo dos problemas econômicos, a saúde passa a ser questionada e associada ao interesse do setor privado (Mendes, 2014), e com o processo de industrialização acelerado torna-se necessário o reposicionamento do Estado frente às reivindicações da classe trabalhadora, originando assim, as políticas sociais.

Na década de 1930, a saúde é reivindicada e incentivada pelo sistema sindical dos trabalhadores, transformando-se as CAPs nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), «com representação tripartite (empregadores, trabalhadores e governo)» (Simões, 2010, p. 126), que visava assegurar aos trabalhadores um plano de saúde. A partir da década de 1950, as corporações médicas articuladas aos interesses capitalistas defendiam a privatização por meio do Estado, apesar de os serviços de saúde serem realizados pelos IAPs.

Ao analisar a política social para Behring e Boschetti (2010, p. 25) «é revelador da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas,

políticas e culturais», com tensões políticas e societárias que além de formular, também cobrem as políticas sociais. A saúde rompe com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal mudança resultou no Plano Nacional de Saúde que descentralizou a previdência e saúde e criou o Ministério da Saúde em 1953. Assim, até meados da década de 1960, a política de saúde era uma ação curativa e atendia o mínimo social, sendo dividida em saúde pública e medicina previdenciária, menciona Bravo (2009). Nesta perspectiva, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) as reservas eram destinadas aos serviços voltados à previdência, impulsionando as demarcações entre a assistência e previdência social.

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

Com o projeto liberal adotado pelo Estado a partir da década de 1970, que foi moldado a partir da redução da ação estatal, passou a ser priorizada a privatização dos serviços públicos com vista aos interesses econômicos e políticos incorporados ao capital. Evidenciando a política social no período de 1974 a 1979 como principal fator atuante sobre o enfrentamento da questão social. A tramitação dos direitos para o setor privado gera um processo de ruptura com a universalidade dos direitos, tornando-se «tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais» (Iamamoto, 2009, p. 163). Assim, a política de saúde integra as tensões existentes ao interesse do Estado, bem como a disponibilização de recursos, a presença de ações curativas da Previdência Social e a incidência do movimento de Reforma Sanitária.

Na década de 1980, apesar da abertura e do processo de democratização política, o país vivenciou uma crise econômica profunda, relata Bravo (2009). A participação de novos sujeitos sociais é fundamental com relação à discussão de propostas do governo entre a sociedade, afirmando a democracia e assumindo uma dimensão política. Neste cenário, autores como profissionais da saúde, entidades sociais, movimentos de bairro, enfatizaram a ampliação do debate referente à saúde e a democracia para «universalização do acesso;

a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva» (Bravo, 2009, p. 96). Portanto, o Projeto de Reforma Sanitária:

[...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (Bravo, 2009, p. 101).

A universalidade de direitos é fundamental para o SUS, e no cenário contemporâneo percebe-se uma política de saúde que está sujeita aos interesses econômicos, ocasionando a fragmentação e distanciando-se da integralidade, o que impulsiona sua privatização. Desse modo, o Estado atua a partir dos interesses da acumulação do capital e também das reivindicações da classe trabalhadora. Conforme mostra Yazbek (2014, p. 96), «O Estado é o garantidor do cumprimento dos direitos, responsável pela formulação das políticas públicas, expressando as relações de forças presentes no seu interior e fora dele».

Um dos marcos da saúde no Brasil foi a 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, onde foram destacados, segundo Ravagnani (2010), os seguintes aspectos: controle social, participação de partido, intelectuais e lideranças, relacionando fatores que são categóricos nas condições de vida com a percepção de saúde/doença. A partir da Constituição de 1988, a saúde é garantida como direito de todos e dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), que tem caráter universal e integral.

A Constituição instaurou-se como forma de afirmar e enfrentar as desigualdades sociais, introduzindo «avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direi-

tos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes» (Bravo, 2009, pp. 96-97). Para a autora, apesar dos avanços e da implementação do Projeto de Reforma Sanitária, a burocratização induz ao questionamento e ineficácia da saúde, tende a afastar a população, despolitizando o processo universal da saúde. Este projeto de Reforma se divide em momento reformador e ora revolucionário que visa à saúde da população. Assim, são notórios os ataques do capital, no que tange à proteção social e ao atendimento das demandas da classe trabalhadora.

A implantação do SUS na década de 1990, apesar dos avanços, confronta-se com o projeto neoliberal e o modelo econômico consolidado no Brasil, contrário ao Projeto da Reforma Sanitária (Bravo; Matos, 2004), e tem sido responsável pelo sucateamento da saúde, comprometendo o avanço do SUS como política social. «A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado [...] constata-se que, além de se gastar mal, também se gasta pouco em saúde» (Bravo, 2009, p. 100). Neste cenário, o SUS enfrenta problemas que dificultam a sua efetivação, com o enxugamento do papel do Estado, sua não responsabilização, minimizando a atenção voltada para o atendimento das necessidades da classe trabalhadora.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2000) enfoca na Carta de Maceió, considerando que cabe ao assistente social a luta constante pela garantia de melhores condições de vida, a partir da democratização do Estado e da sociedade. Além disso, prevê a inclusão e fortalecimento de todos os direitos, como educação, saúde, trabalho, moradia, entre outros defendidos pela Constituição, tornando-se visíveis as controvérsias sobre a forma como é concedida à Seguridade Social, arraigada às disputas políticas, resultando assim as políticas sociais oriundas dos conflitos e conquistas da classe trabalhadora.

A atuação profissional crítica e propositiva do Serviço Social na saúde encontra limites expressivos, «a prática da maioria dos assistentes sociais não se remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas», segundo Vasconcelos (2009, p. 253). Este é um desafio que a categoria profissional deve enfrentar, para a ruptura com o conservadorismo e o fortalecimento dos princípios que orientam o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social brasileiro.

A disputa entre o Projeto Privatista e a Reforma Sanitária tem estimulado a dicotomia do Estado, que apresenta maior atenção ao projeto que dimensiona a focalização e desfinanciamento da saúde. Nesta disputa, o projeto he-

gemônico do Serviço Social torna-se preocupante, quanto ao distanciamento do objetivo profissional, que na saúde perpassa pelos determinantes sociais, econômicos e culturais que expressam o processo saúde-doença. O trabalho do assistente social deve considerar as condições apresentadas pelos usuários na saúde, para a ruptura com a fragmentação de sua ação, tornando fundamental a criação de estratégias profissionais norteadas pelo Projeto Ético-Político Profissional, na defesa da democratização dos espaços institucionais e da participação da comunidade. E, ainda, que proporcione a efetivação de direitos sociais na saúde, dimensionados «na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social» (CFESS, 2014, p. 28).

Para Mioto e Nogueira (2009) a intersetorialização na saúde com as políticas sociais, enfocadas na prevenção e promoção da saúde, é fundamental para a ação profissional do assistente social. Portanto, a atuação deste deve estar articulada com o trabalho com a equipe de saúde, para fortalecer a atenção interdisciplinar e intersetorial, em especial, aos movimentos sociais, para estimular o controle social na saúde e efetivar os espaços que ampliem a articulação entre as políticas sociais, atuando na perspectiva de totalidade.

Conforme apresentado nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2014, p. 37), os «conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, de integralidade, da intersetorialidade, de interdisciplinaridade, participação social». A atuação profissional na saúde está intermediada por eixos, cabendo destacar que o eixo da investigação, planejamento e gestão tende ao «fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais» (2014, p. 58).

Ao priorizar o trabalho intersetorial, a partir das demandas da população, e não apenas das instituições, pode afirmar-se que: «No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretiza a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos» (Giaqueto, 2010, p. 93). O que demonstra ser essencial à organização do Serviço Social «para que um projeto profissional se afirme na sociedade, ganhe solidez e respeito frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão» (Paulo Netto, 2009, p. 144). Portanto, a articulação da catego-

ria profissional com os movimentos sociais e o movimento dos trabalhadores é parte integrante do trabalho na saúde na perspectiva intersetorial.

3. O Serviço Social na saúde e a perspectiva intersetorial

O trabalho intersetorial do Serviço Social na política de saúde é desafiante e fundamental. Orienta as ações no campo das políticas sociais e, uma «nova forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas» (Yazbek, 2014, p. 98).

A efetivação do trabalho intersetorial requer a superação de inúmeros desafios: posicionamento e decisão política em favor ao redirecionamento da ação pública; estabelecimento de uma estrutura administrativa que viabilize a prática intersetorial; remanejamento de recursos financeiros e humanos para viabilizá-lo, criação de instrumentos de gestão apropriados ao novo arranjo; coordenação política e tecnicamente legitimada; criação de sistemas de informação interligados; estabelecimento de procedimentos de monitoramento e avaliação das ações integradas; dentre outros (Giaqueto, 2010, p. 90-91).

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

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

A partir da década de 1970 foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a adoção da intersetorialidade no desenvolvimento das políticas sociais, visando a articulação e ações das políticas para «garantir mais eficácia e maior grau de efetividade às ações e programas nacionais e internacionais de atenção à saúde» (Ribeiro, 2014, p. 9). A intersetorialidade na saúde surge dentro do conceito ampliado posto no Projeto de Reforma Sanitária, considerando os determinantes sociais no processo saúde-doença, atuando com estratégias que visem ações sobre os problemas da sociedade, explica Mon-

nerat e Souza (2014). Assim, a intersetorialidade foi definida pela OMS como «articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde» (Monnerat 2014, p. 43).

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

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

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde, e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2014, p. 17).

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

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

A perspectiva intersetorial deve superar a fragmentação das políticas sociais. Impõe uma nova relação entre Estado e cidadão, onde ambos participam como políticos e ativos «na identificação de problemas e na definição de soluções» (Pereira, 2014, p. 26). As práticas setoriais são práticas que impedem e dificultam a instrumentalização da intersetorialidade, auxiliam no entendimento dos problemas, distintas de ações isoladas, dizem Almeida, Monnerat e Souza (2014). A intersetorialidade é compreendida como «instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas», explica Pereira (2014, p. 23).

Neste sentido, na política de saúde, a intersetorialidade consiste na construção de «práticas emancipatórias de intervenção que possibilitam o exercício de direitos e resultam em sua garantia» (Ribeiro, 2014, p. 10), superando a fragmentação das políticas sociais. O exercício profissional da pesquisadora, no setor de habitação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG, evidenciou que o crescimento da população ocasionado pela imigração no município e região amplia as demandas nos serviços. Isto coloca um grande desafio no desenvolvimento e gerenciamento das políticas sociais que atendem as demandas sociais, em especial na política de saúde, a qual está relacionada com as condições de vida da população diretamente ligadas ao trabalho, renda e moradia.

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

A partir desta análise, reafirma-se que o Serviço Social na saúde deve ser organizado na perspectiva intersetorial e interdisciplinar, sobretudo, no conhecimento da legislação relacionada com os direitos sociais, como o direito à moradia do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), sendo a principal Política Habitacional do Brasil para a população empobrecida brasileira. O Serviço Social no PMCMV:

[...] tem por objetivo proporcionar a execução de um conjunto de ações de caráter informativo e educativo junto aos beneficiários, que promova o exercício da participação cidadã, favoreça

a organização da população e a gestão comunitária dos espaços comuns; na perspectiva de contribuir para fortalecer a melhoria da qualidade de vida das famílias e a sustentabilidade dos empreendimentos (Brasil, 2011, p. 35).

A articulação entre as políticas públicas é a principal orientação para o Projeto de Serviço Social: «informações e acompanhamento sobre oferta e localização de serviços públicos essenciais de educação, saúde, lazer, segurança pública e assistência social e acompanhamento dos processos de transferência escolar e demais serviços de educação» (Brasil, 2011, p. 35). Neste sentido, torna-se necessário prever:

Equipamentos comunitários e serviços, existentes ou previstos, e respectivas capacidades de atendimento: creches ou escolas de ensino fundamental; Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou hospitais; Centros de Referência de Assistência Social ou Centros de Referência Especializado de Assistência Social; equipamentos de lazer; linhas regulares de transporte público coletivo; comércio e serviços de caráter local (Brasil, 2011, p. 34).

Ou seja, as atividades consistem em priorizar a organização da associação de moradores, visando constituir uma representatividade para o bairro, estimular a autonomia das famílias por meio da capacitação e da profissionalização, desenvolver noções básicas «sobre higiene, saúde, doenças individuais e da coletividade [...] articulação com as políticas públicas de educação, saúde, desenvolvimento urbano, assistência social, trabalho, cultura, esporte, meio ambiente, entre outras» (Brasil, 2014, pp. 35-36). Portanto, o Serviço Social busca orientar as famílias quanto à aquisição do imóvel, estimular a participação das famílias através do trabalho socioeducativo, para o fortalecimento de vínculos sociais e associativos, com ações que dimensionem o acesso à saúde, geração de trabalho e renda, educação ambiental, sanitária e patrimonial.

4. Os caminhos da pesquisa

Minayo (2007) orienta que o objeto das ciências sociais é histórico, o que esclarece a escolha do método sócio-histórico que orienta este estudo, pois «não é apenas o investigador que dá sentido a seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações objetivadas» (2007, p. 15). A escolha deste método imprime a visão so-

cial de mundo e o posicionamento ético-político da pesquisadora, uma vez que as motivações nasceram das inquietações e questionamentos da realidade. O referencial histórico dialético traz a possibilidade da compreensão e interpretação aproximada da realidade, através do entendimento da realidade como sendo dinâmica e em constante movimento.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, «trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis» (Minayo, 1996, p. 13). O pensamento de Martinelli (2000) aprofunda esta intenção, a pesquisa qualitativa é um exercício político porque trabalha com significados de vivências e de experiências, uma vez que não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça à distância de uma opção política. Esse é o sentido deste estudo articulado ao Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social e Projeto da Reforma Sanitária, no direcionamento de uma sociedade efetivamente democrática, com justiça social e respeito pelos direitos humanos.

Ao valorizar a atividade científica por meio da pesquisa, a contribuição de Guerra (2009) mostra que a profissão gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais, à implementação das políticas sociais. Assim, as informações das experiências desenvolvidas e socializadas podem contribuir para a elaboração de propostas mais apropriadas às necessidades sociais. A pesquisa é uma das formas de se produzir conhecimento, e Marsiglia (2009) ressalta como produção do conhecimento o exercício profissional do assistente social, o qual deve valorizar «o saber que se origina do fazer profissional» (2009, p. 383). Neste sentido, a partir das inquietações do exercício profissional da pesquisadora, o objetivo da pesquisa foi definido: analisar a política de saúde e a intersetorialidade no Serviço Social com as Famílias do PMCMV do bairro Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG.

O estudo foi desenvolvido mediante fonte de dados bibliográfica e documental e a coleta de dados em campo através do questionário e da observação participativa, os quais permitiram o aprofundamento da temática (Minayo, 2004). Os sujeitos participantes foram quatro profissionais envolvidos no Projeto Social com as Famílias, sendo que universo da pesquisa foi definido a partir do objetivo do estudo e pela proximidade da pesquisadora com a realidade social, ou seja, o exercício profissional no bairro Residencial Jardim

Europa II de Ituiutaba/MG, como um aspecto facilitador para aproximação com os participantes da pesquisa, coleta de dados e sistematização do conteúdo. A seleção da amostra e a escolha dos participantes seguiu as orientações de Deslandes (2007) para a pesquisa com abordagem qualitativa, para aprofundar o conhecimento e possibilitar uma reflexão sobre a política de saúde e a interdisciplinaridade.

No entanto, em razão do período eleitoral da administração municipal, foram encontrados diversos limites na coleta de dados, resistências e desafios, desde o primeiro contato com as Secretarias Municipais. Em decorrência dessas dificuldades, a pesquisa não ficou restrita aos assistentes sociais, primeira opção da pesquisa, estendendo-se coleta de dados aos demais profissionais atuantes no Projeto Social. Observou-se que as instituições ficam sujeitas às mudanças político-partidárias, comprometendo o trabalho nas políticas públicas, ações, programas e serviços, e as possibilidades de o funcionário analisar e refletir o próprio trabalho.

Neste sentido, a partir das possibilidades dadas pelo momento histórico, político e cultural, no processo de transição de governo municipal, aceitaram participar da pesquisa quatro participantes. Sujeitos envolvidos no trabalho do Residencial, são profissionais com formações diversas que realizam o trabalho nas Secretarias Municipais. Foi mantido sigilo das profissões para a não identificação dos participantes, assim como, o anonimato das suas falas e o seu perfil, com a devida descrição e compromisso ético com a sua identificação. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP, e foi devidamente esclarecido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 59657516.7.0000.

O recorte adotado na pesquisa foi a criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde de 2010 a 2016, período delimitado para facilitar a análise no Residencial Jardim Europa II. A referência nos Parâmetros é importante, pois: «A construção dessa abordagem no campo profissional pode encontrar resistências significativas e, portanto, a sua efetivação depende das respostas que os profissionais do campo da saúde possam dar para o avanço e consolidação do SUS» (Miotto; Nogueira, 2009, p. 239).

A organização e análise do conteúdo de todo o material seguiu a orientação de Minayo (2007), Neto (2007) e Deslandes (2007). A partir das falas surgiram categorias que foram significativas para a reflexão da temática proposta.

5. Os resultados a partir da participação dos sujeitos

O bairro Residencial Jardim Europa II do município de Ituiutaba é composto por 390 famílias, sendo que o número de moradores apresentado pelo setor de habitação está estimado em 1.500 pessoas em média, sendo este o universo da pesquisa. A importância do planejamento das atividades do Projeto do Serviço Social no Residencial deve se dar em três eixos: Mobilização, organização e fortalecimento social; Acompanhamento e gestão social da intervenção; e Educação ambiental e patrimonial e desenvolvimento socioeconômico. Tais eixos fundamentam-se no acesso à informação, orientação, acompanhamento social e ambiental, na tentativa de fortalecimento de vínculos a partir da articulação de políticas públicas, visando à qualidade de vida dos beneficiários. O conteúdo deve incluir a identificação, o diagnóstico socioterritorial atualizado da macroárea, objetivos, ações e estratégias para execução, estratégias de monitoramento, orçamento e o cronograma físico financeiro; e ações socioeducativas, orientação e socialização.

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

Buscou-se com as entrevistas em questionário conhecer as concepções dos sujeitos relacionados com o desenvolvimento do Projeto Serviço Social com as Famílias, sendo que foram apresentadas as temáticas para reflexão e análise do trabalho. A partir das falas dos participantes, as categorias que foram significativas evidenciaram em seu conteúdo:

- A «concepção de saúde»: foi apresentada sua relação com o estado físico, mental, condições de trabalho, moradia, enfatizando a concepção ampliada de saúde, no entanto, a efetivação da concepção ampliada de saúde está distante no desenvolvimento das políticas públicas. É visível a ausência de empoderamento teórico associado ao cotidiano, bem como as atribuições e competências estendidas aos profissionais.
- A «realização do trabalho intersetorial»: os participantes afirmam que realizam este trabalho com as famílias, em especial porque a intersetorialidade está prevista nas atividades do Programa Minha Casa, Minha Vida e nas legislações vigentes que respaldam este trabalho. Porém, há dificuldades na efeti-

vação da intersetorialidade articulada principalmente à saúde. Ainda, enfatizaram a intersetorialidade em ações focadas a diferentes setores, não apontando aspectos que condigam com a real demanda e necessidade da população. Neste sentido, Giaqueto (2010) analisa a Política de Saúde e de Assistência Social e aponta que existem dificuldades no diálogo entre as áreas, como dos órgãos responsáveis — secretarias, prefeituras e outros —, em virtude da ausência de informações e da setorialização das políticas, que evidenciam sua fragmentação, o que implica na necessidade de efetivação da intersetorialidade.

- A proposta de «trabalho com as famílias no Residencial»: foi um dos aspectos mais importantes ressaltados para a garantia da qualidade de vida, de saúde e de habitação, e uma contribuição significava dos profissionais. Os participantes refletiram sobre as ações desenvolvidas. Porém, para que este trabalho tenha continuidade, depende das condições físicas e econômicas, o que dificulta a integração das famílias no atendimento dos equipamentos sociais, que estão centralizados no município e distantes do Residencial. Foram citados como fatores que dificultam as ações, relacionados com o transporte, descarte e coleta do lixo, acesso a saúde, os quais impactam negativamente a qualidade de vida e de bem-estar social, físico e educacional das famílias do Residencial Jardim Europa II.
- Sobre «o trabalho em Redes e Instituições»: os desafios apresentados pelos participantes são expressivos e estão relacionados com aspectos que fragmentam o atendimento às famílias do Residencial e o seu acesso às políticas públicas. Sobretudo a articulação dos equipamentos sociais como creches, escolas, saúde, que foram apontadas como positivas e existentes no trabalho. No entanto, durante o exercício profissional da pesquisadora foram perceptíveis as inquietações dos moradores por dependerem da disponibilidade de vagas para atendimento nos equipamentos sociais de bairros adjacentes, cujo Projeto de Serviço Social conforme previsto na legislação se torna deficiente, por não fornecer o acesso adequado das famílias às políticas públicas.

- A «relação de trabalho intersetorial entre a política de saúde e habitação»: foi apresentada como inexistente, por não existirem propostas de trabalho dimensionadas para este modelo, e ainda a ausência de uma contrapartida e mediação dos gestores destas políticas. Quanto à relação intersetorial entre as políticas de habitação e saúde, é considerada precária, porém têm utilizado estratégias, a partir da intersetorialidade.

Os resultados evidenciam que o desenvolvimento do trabalho intersetorial na saúde com as demais políticas sociais requer o planejamento conjunto para definir o caminho a ser percorrido pelos profissionais. Sobretudo, a atuação intersetorial requer o esforço do diálogo de diferentes áreas e profissões, não devendo se basear em decisões pessoais e interferências político partidárias, mas sim em estratégias profissionais, institucionais, éticas e políticas. Acredita-se que para isso é fundamental o investimento em mecanismos democráticos e participativos, os quais favoreçam a articulação, a comunicação e relacionamentos. Inclusive, buscando a ruptura com a cultura institucional, no sentido de estabelecer novas relações entre os profissionais envolvidos, para que o trabalho seja efetivamente cooperativo e compartilhado, interdisciplinar e intersetorial.

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

6. Considerações finais

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

Aspectos centrados nas relações de trabalho dos profissionais da saúde e habitação precisam ser desconstruídos e reconstruídos cotidianamente, visando a integralidade no acesso da população às políticas de saúde articuladas com o trabalho intersetorial. Isso torna necessária uma educação permanente que articule profissionais, poder público e população, buscando compreender

a realidade de cada território. Neste sentido, é preciso pensar o desenvolvimento das políticas públicas efetivamente para atendimento das demandas da população, do bairro, dos indivíduos e da coletividade.

Outros pontos estão relacionados com as dificuldades para a intersetorialidade, como a falta de autonomia dos profissionais, a desarticulação dos setores e das profissões, o que impulsiona uma fragmentação das políticas, ocultando a sua integralidade. Portanto, o trabalho intersetorial é um desafio permanente que precisa ser reafirmado e reconhecido como prioridade na atuação do assistente social da saúde e profissionais das diversas áreas. Existe um trabalho intersetorial articulado com a saúde previsto nas Portarias que regem o Programa Minha Casa, Minha Vida e também nos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde. Porém, além da interferência das gestões, é perceptível o descompromisso de alguns setores em propor alternativas que viabilizem este modelo de trabalho.

É notória a desarticulação e o descompromisso político com a garantia do acesso as políticas públicas, ocasionando um retrocesso às políticas sociais. A política de saúde está distante da intersetorialidade. Inegável a desarticulação das políticas e as estratégias para que estas sejam de fato determinadas para integralidade no atendimento às demandas. O sucateamento da saúde traz reflexões que possivelmente se espalham em outros municípios. Percebe-se o descaso com as famílias, onde gestores aceitam projetos que lhes proporcionem visibilidade, movidos pelo descompromisso com a efetivação de políticas que atendam as demandas de cada Residencial.

As tensões ocasionadas pelas interferências políticas impedem que os profissionais atuem respaldados no Projeto Profissional do Serviço Social, os quais são submetidos e impulsionados pela sobrecarga de trabalho e pela lógica neoliberal, com a fragmentação e focalização de políticas. É preciso prever políticas que atendam intersetorialmente e integralmente as necessidades sociais, visando a qualidade de vida. Nesta perspectiva, o Serviço Social tem atuado como mediador das expressões da questão social na saúde, tendo como papel a busca da saúde como política pública universal para a inclusão social. É fundamental que o assistente social tenha claras suas atribuições e competências, para que articule sua atuação na equipe de saúde, na execução de um trabalho socioeducativo, interdisciplinar e intersetorial.

Estas considerações demonstram a importância do estudo, da formação permanente e qualificada e, sobretudo, da pesquisa científica que aprofunde a análise a reflexão e busque respostas aos problemas de saúde, para que o

conhecimento científico contribua efetivamente com a melhoria da qualidade de vida da população.

Referências

- Batalha, E., Dominguez, B. (2016, outubro). Alerta máximo contra retrocessos. *RADIS. SUS Esvaziado*, 169: 10-12. Rio de Janeiro.
- Conferência Nacional de Saúde, 8 (1986). Relatório Final. Brasília. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>.
- Presidência da República (1990). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado de: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
- Presidência da República (2011). Lei n.º 12.424, de 16 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*. Brasília. Recuperado de: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12424.htm#art1>.
- Ministério das Cidades (2011). Portaria n.º 465, de 3 de outubro de 2011. Ministério das Cidades. Brasília.
- Bravo, M. I. S., e Matos, M. C. (2004). Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: Elementos para o debate. In Matos, M. C., e Bravo, M. I. S. (eds.). *Saúde e serviço social*. Cortez Editora. Rio de Janeiro.
- Bravo, M. I. S., e Matos, M. C. (2009). Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: Elementos para o debate. In Matos, M. C., e Bravo, M. I. S.. *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*, pp. 197-217. Cortez Editora. São Paulo.
- Conselho Federal de Serviço Social (2000). Carta de Maceió. Seguridade social pública: É POSSÍVEL! Maceió. Recuperado de: <http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf>.
- Conselho Federal de Serviço Social (2014). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. DF. Brasília.
- Deslandes, S. F. (2007). A construção do projeto de pesquisa. In Neto, C. O., Minayo, M. C. S., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*, pp. 31-50. Vozes. Petrópolis.
- Giaqueto, A. (2010). A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. *Serviço Social e Saúde*, 9: 70-102. Campinas.
- Iamamoto, M. V. (2009). As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social*

- e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.^a edição, pp. 161-196. Cortez Editora. São Paulo.
- Marsiglia, R. M. G. (2009). Orientações básicas para a pesquisa. In Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.^a edição, pp. 383-398. Cortez Editora. São Paulo.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do sistema único de saúde: Resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 78 27: 27-34. São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (2007). Ciência técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In Minayo, M. C. S., Neto, O. C., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 26.^a edição, pp. 9-30. Vozes. Petrópolis.
- Mioto, R. C. T., Nogueira, V. M. R. (2009). Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.^a edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Monnerat, G. L., Souza, R. G. (2014). Intersetorialidade e políticas sociais: Um diálogo com a literatura atual. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp. 41-54. Papel Social. Campinas/SP.
- Neto, O. C. (2007). O trabalho de campo como descoberta e criação. In Minayo, M. C. S., Neto, O. C., Gomes, R., Deslandes, S. F. (eds.). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 26.^a edição, pp. 51-66. Vozes. Petrópolis.
- Paulo Netto, J. (2009). A construção do projeto ético-político do serviço social. In Mota, A. E., Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.^a edição, pp.141-160. Cortez Editora. São Paulo.
- Pereira, P. A. P. (2014). A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp.21-39. Papel Social. Campinas/SP.
- Ribeiro, V. M. C. (2014). Prefácio. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Papel Social. Campinas/SP.
- Rocha, R. L. (2016). Contra o colapso do SUS. *RADIS. SUS Esvaziado*, 169: 3. Rio de Janeiro.

- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. Cultura Acadêmica. São Paulo.
- Simões, C. (2010). *Curso de direito do serviço social*. 4.^a Edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (2003). *A prática do serviço social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 2.^a edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (org.). (2004). Profissões de saúde, ética profissional e segurança social. *Saúde e Serviço Social*. Cortez Editora. São Paulo.
- Vasconcelos, A. M. (2009). Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In Mota, A. E, Bravo, M. I. S., Uchôa, R., Nogueira, V., Marsiglia, R., Gomes, L., Teixeira, M. (eds.). *Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional*. 4.^a edição, pp. 242-272. Cortez Editora. São Paulo.
- Yasbek, M. C. (2014). Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In Monnerat, G. L., Almeida, N. L. T., Souza, R. G. (eds.). *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*, pp. 77-103. Papel Social. Campinas/SP.

