

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

SIDA DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde.

CACHOEIRA
2012

SIDA DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Fabrício Fontes de Andrade

**CACHOEIRA
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA

B662 Silva, Sida da.

O Serviço Social na Saúde: reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde / Sida da Silva .– Cachoeira, 2012. 60f. ; 22 cm.

Orientador: Profº Ms. Fabrício Fontes de Andrade.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.

1.Serviço Social. 2.Política municipal de saúde. 3.Gestão da saúde
I. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II.Título.

CDD: 361.6139

SIDA DA SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:

Reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde.

CACHOEIRA/BA, APROVADA EM 11/12/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fabrício Fontes de Andrade (Orientador)

Prof.^a Lúcia Maria Aquino de Queiroz (Membro)

Prof.^a Helení Duarte Dantas de Ávila (Membro)

AGRADECIMENTOS

Foram intermináveis os dias de pesquisas, de leituras, de escritas, de angústias e incertezas que permeiam a construção de um Trabalho de Conclusão de Curso, mas Deus, a quem dirijo meus primeiros agradecimentos, coloca ao nosso lado verdadeiros anjos de luzes que se traduzem em amigos, amores e familiares. A eles agradeço pela compreensão nas minhas constantes horas de ausências.

Agradeço aos meus mestres, em especial a Jucileide Nascimento, como uma das representantes na luta para a implantação do Curso de Serviço Social na UFRB; A Fabrício Fontes, por aceitar a empreitada de orientar este trabalho, pois graças a seus conhecimentos no campo prático e teórico da Gestão de Políticas Sociais, que meu olhar sobre o objeto da pesquisa, muitas vezes já vicioso, constantemente foi impulsionado a uma análise mais crítica da temática; A Marcela Silva, pelas indicações de caminhos metodológicos na construção do projeto, durante a disciplina de TCCI; A Henrique Rozendo, pela dedicação com que conduziu a disciplina de TCCII; A Valéria Noronha, pelo exemplo de profissional que ficará pra sempre em minha memória; A Ilzamar Pereira, pelos valiosos textos acadêmicos que em muito fomentaram minhas discussões; À querida docente Helení de Ávila, não há palavras que possam agradecer sua eterna disposição ao amparo; e por fim, mas não menos importante, à Lúcia Queiroz, Marina Silva e Patrícia Santos, obrigada pelos constantes incentivos em minha vida acadêmica.

Agradeço ainda, as amigas Fernanda Ferreira e Vanessa Cunha, pela cumplicidade, carinho, respeito e companheirismo nas longas horas de estudos e paciência nas horas de desabafo.

A todos e todas, sempre hei de suplicar, mais perto de cada um quero estar.

Toda atividade humana, tende a ganhar, com o seu exercício contínuo, graus superiores de realização e de complexidade.

Georg Lukács

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, construído através do processo dialético em que a realidade vivenciada no campo de estágio na gestão municipal da política de saúde, tendo como supervisora de campo uma assistente social ocupando o cargo da gestão, tem por objetivo discutir a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, apontando desafios e possibilidades profissionais para a efetivação desse espaço como campo de trabalho para o assistente social. Para fundamentação do trabalho foram realizadas pesquisas bibliográficas em livros e artigos sobre as temáticas abordadas, assim como também em trabalhos publicados, sobre o perfil profissional de Secretários Municipais de Saúde, em que os assistentes sociais aparecem ocupando o cargo da gestão. O processo de descentralização das políticas sociais, sobretudo da política de saúde, foi debatido neste trabalho, enquanto um dentre os fatores que possibilitou a ampliação dos espaços ocupacionais do Serviço Social para os municípios, assim como também a inserção deste profissional na gestão municipal da política de saúde.

Palavras-chaves: Serviço Social. Política Municipal de Saúde. Gestão da Saúde.

ABSTRACT

This monography, built through the dialectical process in which reality experienced in the field of municipal management internship at health policy, having as a field supervisor social worker occupying the post of management, aims to discuss the vocational integration of social worker in the municipal management of health policy, pointing professional challenges and possibilities for putting this space as a labor camp for the social worker. For reasons of work were conducted bibliographic research in books and articles on the themes addressed, as well as in published works on the professional profile of Municipal Secretaries of health, in which social workers are occupying the position of management. The process of decentralization of social policies, especially health policy, was discussed in this paper, as one of the factors that made possible the expansion of occupational Social service spaces for municipalities, as well as the insertion of this professional in the municipal management of health policy.

Keywords: Social Service. Municipal Health Policy. Health management.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 OS (DES) CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	13
1.1 CONCEITUANDO POLÍTICA SOCIAL.....	13
1.2 PROTOFORMAS DE POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	15
1.2.1 1980 – Reviravoltas na política de saúde.....	17
1.3 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS: UM JOGO DE CONCEITOS E APLICABILIDADE A PARTIR DE SEUS SINÔNIMOS.....	19
1.3.1 Descentralização da política de saúde a partir de 1990 e seus rebatimentos na gestão municipal da política de saúde.....	23
2 NOVAS DEMANDAS PROFISSIONAIS: O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE APÓS TRANSFORMAÇÕES SOCIETÁRIAS DE 1980.....	26
2.1 O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	26
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A INSERÇÃO PROFISSIONAL NA GESTÃO DESTA POLÍTICA	29
3 A PESQUISA	34
3.1 O ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO MUNICIPAL DA POLÍTICA DE SAÚDE	34
3.2 A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MURITIBA/BA.....	36
3.2.1 A inserção do Serviço Social na Gestão Municipal da Política de Saúde de Muritiba/BA: Apontamentos a partir da vivência de Estágio Supervisionado em Serviço Social.....	42
4 NOTAS CONCLUSIVAS	49
REFERÊNCIAS	52

INTRODUÇÃO

Historicamente os profissionais do Serviço Social tem assumido funções e sido apontado, como “profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas” (IAMAMOTO, 2009, p. 20), no entanto, com a ‘vitória da democracia’ a partir de 1980 e o processo de ‘Reforma do Estado’ na década de 1990, novas demandas foram colocadas para os assistentes sociais, em novas frentes de trabalho, ampliando suas competências e atribuições, para além das “funções executivas na implementação das políticas sociais” (NETO, 2006, p. 80-81), tornando-se também responsável por planejar e gerir estas políticas, alcançado no “ponto de maturação do Serviço Social” (YAZBEK, 2009b, p. 153).

É este cenário de ampliação dos espaços ocupacionais que tem se apresentado para o profissional do Serviço Social, sobretudo na área da saúde, com o recorte na gestão municipal da política de saúde, que este Trabalho de Conclusão de Curso pretende discutir. Esta proposição foi burilada pelos questionamentos de como se deu a inserção profissional do assistente social no campo da gestão das políticas sociais e quais fatores respaldaram esse processo. O recorte na atuação profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde se deu a partir da inserção da graduanda no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social¹ na Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, estando a Supervisora de Campo² na gestão desta política.

Os objetivos deste trabalho estão direcionados para discutir a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, a partir do cenário de ampliação dos espaços ocupacionais que tem se apresentado para o profissional do Serviço Social, debatendo ainda, o processo de descentralização das políticas sociais, enquanto um dentre os fatores que ampliou os espaços ocupacionais do Serviço Social para os municípios e sua

¹O objeto deste trabalho começou a se desabrochar na aula inaugural do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no 2º semestre do ano de 2010, quando a professora convidada como palestrante da discussão de Estágio Supervisionado, fora interpelada sobre a possibilidade/reconhecimento ou não, da abertura do campo de estágio na gestão de uma política social, momento este em que, com a exceção da palestrante e dos professores da instituição, os demais profissionais e supervisores de campo que se manifestaram, foram contra a abertura deste campo de estágio, alegando que não reconhecia ações do fazer profissional nesta atividade. Esta realidade levou-me a indagações sobre os elementos que respaldam a atuação profissional do assistente social na gestão municipal das políticas sociais, sobretudo da política de saúde.

² Desde a década de 1950 que a supervisão em Serviço Social foi apontada como atribuição profissional do (a) assistente social, (GUERRA & BRAGA, 2009), e reafirmada na lei 8.662/93 como atribuição privativa do assistente social, inscrita no Artigo 5º da referida lei, sendo assim, é vedado a outro profissional supervisionar estagiários de Serviço Social.

inserção na gestão municipal da política de saúde, apontando desafios e possibilidades profissionais para a efetivação desse espaço como campo de trabalho para o assistente social.

No intuito de alcançar os objetivos supracitados, foram ponderados que apesar de haver um considerável acervo sobre política municipal de saúde; dos desafios profissionais do assistente social na saúde; ou ainda, sobre gestão municipal de saúde, são incipientes as produções bibliográficas no que tange a atuação de assistentes sociais na gestão municipal da política de saúde diante da eminência desta intervenção entre as novas competências para o profissional de Serviço Social. Estes pontos justificam a escolha pela pesquisa exploratória, entendendo esta como uma pesquisa que tem por objetivo proporcionar uma “visão geral acerca de determinado fato, realizada especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado” (GIL, 2007 apud FIGUEREDO & SOUZA, 2010. p, 131).

Entendendo que as temáticas abordadas neste trabalho, a exemplo da construção da política de saúde no Brasil, enquanto uma política social, assim como também a inserção do Serviço Social no país, são processos decorrentes das transformações sócio históricas, este trabalho está fundamentado, teórico e metodologicamente, na dialética materialista – em que “todas as coisas implicam um processo” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 102) -, e no método histórico que parte do “princípio de que as atuais formas de vida social, as instituições e os costumes têm origem no passado [...]” (IDEM, p.106).

Por assim entender, é que o projeto foi construído através de uma demarcação histórica a partir de 1930, a fim de sinalizar como as transformações ocorridas a partir desta década, fomentaram as protoformas do Serviço Social na política de saúde, sua institucionalização e evolução, e como novas demandas impulsionaram o fazer profissional do assistente social para a gestão municipal da política de saúde.

A metodologia³ utilizada pautou-se em torno da pesquisa bibliográfica - analisando livros e artigos, que versassem sobre as temáticas abordadas; aliadas a vivência da graduanda no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social na gestão municipal da política de saúde, em seu diário de campo e relatórios de estágios; enriquecida das discussões com os orientadores durante o processo de estágio e de construção deste trabalho. Também foram realizadas pesquisas por publicações em *sites científicos* na internet (ex: Scielo Brasil, Google Acadêmico, etc.) a partir da junção das classes de palavras – Política de Saúde, Política Municipal de Saúde, Serviço Social e Saúde, Serviço Social e Gestão Social, Gestão Municipal da Política de Saúde, e Perfil dos Gestores Municipais de Saúde, assim como

³Entendendo esta como o conjunto de procedimentos técnicos realizados. (LARA, 2007, p.12).

também nos portais eletrônicos das Secretarias de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal) e nas Diretorias Regionais de Saúde⁴, que apontassem a presença do profissional de Serviço Social na gestão municipal da política de saúde, no intuito de ratificar a afirmação de que o assistente social tem ocupado cargos de gestão municipal desta política.

Estas pesquisas contribuiriam para a organização do corpo do trabalho, pois ainda que se tenha construído um plano de trabalho na fase do projeto de monografia, foram a partir destas que se descortinaram fatores que apresentavam conexões entre si, como o caso da descentralização que levou a municipalização da saúde, passando a exigir um gestor municipal para a política de saúde, que por sua vez requereu um profissional qualificado para esta atuação, o que abriu este espaço para diferentes perfis profissionais, dentre eles, o assistente social.

O trabalho está dividido em três capítulos, seguido de uma nota conclusiva. No primeiro momento, o capítulo intitulado “Os (des) caminhos da política de saúde no Brasil” é introduzido por uma discussão conceitual de política social, seguida da apresentação de suas protoformas no país, pensando ser este um dos caminhos para se entender a formulação da política de saúde no Brasil e suas especificações enquanto uma política social, na qual a Saúde, em conjunto com a Previdência e Assistência Social, se apresenta inclusa no tripé da Seguridade Social⁵ Brasileira.

Após pautar a política de saúde como uma política social e pública, ainda que inserida no processo neoliberal, com responsabilidades definidas na Constituição Federal Brasileira de 1988 e reafirmadas na lei 8.080/90 e 8142/90, as discussões acerca da gestão municipal da política de saúde, pautou-se a partir do processo de descentralização das políticas sociais, antecedida pela discussão do jogo de conceitos e aplicabilidade dado ao próprio termo “descentralização”, que podem levar a diferentes “categorias” deste processo.

O foco deste primeiro capítulo está na descentralização das políticas sociais, sobretudo da política de saúde, desencadeada a partir da Constituição Federal de 1988, que provocou rebatimentos na gestão municipal dessa política, respaldando o surgimento das Secretarias Municipais de Saúde como gestoras da saúde a nível municipal, assim como também, é esse processo, segundo Raichelis (2009, p.388), que abre espaço para atuação do Serviço Social

⁴ Principalmente na 31ª Dires, cuja escolha é justificada por ser nesta Regional que se encontra o município de Muritiba/BA, o qual aloca a instituição sinalizada anteriormente como fomentadora deste trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde.

⁵ “Um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF/1988, art. 194).

nesta área, quando “exige dos assistentes sociais e dos demais profissionais o desempenho de novas atribuições e competências”.

Para o segundo capítulo, denominado “Novas demandas profissionais: o assistente social na saúde após as transformações societárias de 1980”, o trabalho traz algumas considerações sobre o início do Serviço Social no Brasil; a inserção do assistente social na área da saúde; discutindo como ponto alto deste processo, entre as décadas de 1980 e 1990, o surgimento de novas demandas profissionais para o assistente social na área da saúde.

Estes fatores estão sustentados nas discussões dos capítulos e tópicos no decorrer do trabalho, contextualizando momentos e apontando processos, como é o caso do processo de descentralização, que respaldam o surgimento de novos campos de trabalho para o assistente social nos municípios, novas competências e atribuições dentro das políticas municipais, sobretudo da política de saúde. Ainda no segundo capítulo, tendo como discussão central a gestão municipal da política de saúde, direcionou o debate para os caminhos do termo gestão social, que é um tema recente no interior do Serviço Social, como afirma Maia (2005), sendo mais discutido na área da Administração⁶. Este fato tornou-se importante pela possibilidade de se verificar como tem se dado a discussão de gestão das políticas sociais no interior de outras profissões, na observância de qual tem sido o olhar de outros profissionais para com a temática.

No terceiro capítulo, intitulado “A pesquisa” apresenta-se os resultados das pesquisas que apontam o assistente social na gestão municipal da política de saúde em vários municípios brasileiros, com ênfase na inserção do profissional na gestão municipal da política de saúde de Muritiba/BA, cujo histórico expõe a reincidência de profissionais do Serviço Social nesta ocupação, apresentando ainda, algumas características do município que aloca a Secretaria Municipal de Saúde, com uma breve descrição de estrutura, finanças e funcionamento da instituição.

Por fim no quarto momento, traz-se uma nota conclusiva, no entendimento de apontar reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde e alguns desafios e possibilidades para essa atuação, no intuito de efetivar este espaço como possibilidade concreta de intervenção profissional para o Serviço Social.

⁶ Área que se mostra predominante na discussão de gestão social. Autores desta área, com textos citados neste trabalho, a exemplo de Tenório, muito tem contribuído com a temática, desmistificando na Administração a exclusividade por escolhas de uma gestão estratégica (tomada de decisão monóloga), para uma gestão social (decisão dialoga/participativa).

1 OS (DES) CAMINHOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo fora dividido em tópicos, em que será discutindo primeiramente, as protoformas da política social no país, partindo de uma discussão conceitual e das primeiras intervenções desta política no Brasil, através da política de saúde enquanto uma política social. Após pautar a política de saúde como uma política social e pública, as discussões avançarão para a gestão municipal da política de saúde, a partir do processo de descentralização das políticas sociais. Para a interlocução entre estas temáticas, apropriou-se dos referenciais teóricos de Elaine Behring; Ivanete Boschetti (2008); Jairnilson Paim (1998; 2006; 2009); Inês Bravo (2006); Marta Arretche (1996); Noberto Bobbio [et al] (1998); Potyara Pereira (2008a; 2008b); Rosa Stein (1997); Sônia Fleury (2003), dentre outros.

1.1 Conceituando política social

Compreender política social, sua produção e reprodução, torna-se fundamental para se entender a formulação da política de saúde no Brasil, do mesmo modo que para o Serviço Social, esta compreensão, assim como discorre Sarreta (2008, p.34), se reflete em “desafios a serem enfrentados, para que o assistente social atue também como um sujeito articulador do processo organizativo”.

Definir o que seja política social, segundo Pereira (2008a) pode depender do momento e em que direção aponta a eventual pesquisa, assim como também “pode ter conceitos, conteúdos e vocabulários próprios, bem como desenvolver pesquisas e reflexões autônomas” (p. 171). Para Behring e Boschetti, (2008, p. 25), conceituar políticas sociais supõe ser “sempre uma perspectiva metodológica”, sendo assim, o conceito de política social adotado neste trabalho fundamenta-se na perspectiva crítico-dialética de Marx, em que não se exclui a possibilidade de a política social ser usada como privilégios ao atendimento às exigências capitalistas e/ou às demandas dos trabalhadores, nem a resume à sua unilateralidade, porque percebe as forças existentes na constituição da política social e os impactos das classes sociais para sua execução. Em síntese, entende o jogo de força e poder, hora atendendo capitalistas e/ou trabalhadores, mas sempre provocando mudanças.

Voltando à linha de discussão de Pereira (2008a), política social pode ser entendida numa categoria acadêmica e política, cujos objetivos são conhecer e explicar o mundo real,

visando promover mudanças. A categoria acadêmica se dá pelo motivo de ser a política social estudada em estabelecimento de ensino; e categoria política porque “é fruto de escolhas e de decisões definidas nas arenas conflituosas de poder”. (PEREIRA, 2008a, p. 166-168).

De acordo com Pereira (2008a), o termo ‘política’ em política social enquanto gênero da política pública possui dois sentidos, sendo o sentido geral e o restrito. No sentido geral, referem-se a eleições, votos, partidos, parlamentos, governos, etc., já no sentido restrito relaciona-se com ações do Estado face às demandas e necessidades da sociedade.

Sintetizando, mas sem esgotar o debate, Behring e Boschetti, (2008), traz um conceito de política social o qual muito se adéqua na perspectiva deste trabalho, compreendendo que ‘política social’ pode levar a uma diversidade de possíveis definições, traduzindo-se em

[...] um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticas e culturais, no mesmo passo em que é coberto pelo véu ideológico do mundo da ‘pseudoconcreticidade’, aquele que segundo Kosik (1986), precisa ser destruído para que possamos ir além das suas manifestações fenomênicas. (p.25).

Perceber esta multiplicidade de determinações da política social é entender que ainda que secularmente política social tenha sido caracterizada como um socorro paliativo aos pobres, política social é um direito requerido pela sociedade e encampado pelos poderes públicos. Assim, nos marcos deste trabalho, política social é entendida como um processo, que apesar das suas contradições, “visa atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos” (PEREIRA, 2008a, p.171-172).

1.2 Protoformas de Política Social no Brasil: uma análise a partir da política de saúde.

No Brasil, segundo Behring; Boschetti (2008); e Pereira (2008a), os indícios da implantação da política social se deram por volta de 1930⁷ na era Vargas, numa simbiose de “tutela e favor”, em que os direitos sociais foram pautas de reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora, mas também como legitimação da classe dominante em ambiente de restrição de direitos políticos e civis.

De acordo com BRAVO (2006, p.4), nas primeiras décadas de surgimento da política social no Brasil, o governo se fez presente na vida da classe trabalhadora, organizado em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, direcionando suas ações em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)⁸, - uma “evolução” das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁹ -, e algumas interferências de ações Sanitárias, principalmente nos portos para erradicar epidemias e favorecer as imigrações.

Estas características se fizeram presentes no país, fundamentalmente até a década de 1970, marcada por alguns aperfeiçoamentos institucionais de criação e separação de instituições¹⁰ (BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p. 110), indicando uma crescente intervenção do Estado nas organizações trabalhistas, que segundo Bravo (2006), excluiu os trabalhadores da gestão da previdência social - função antes dividida entre eles, o Estado e seus patrões -, remetendo-os à função de meros financiadores da previdência.

⁷Anterior a esta data, eram escassas as “atenções públicas às necessidades sociais, geridas por um Estado ainda socialmente restrito” (PEREIRA, 2008a, p.61), apenas com ações embrionárias voltadas aos funcionários públicos, assim como a concessão de 15 dias de férias (BEHRING e BOSCHETTI 2008). Draibe (1990) apud Behring e Boschetti (2008), também aponta os anos de 1930 a 1945 como os anos da introdução da política social no Brasil.

⁸Estes Institutos eram organizados por categorias, tendo Marítimos e Ferroviários como os primeiros a serem “beneficiados” por esta modalidade embrionária de Previdência Social, pois com o escoamento da produção feito em vias férreas e marítimas, se estes profissionais parassem de trabalhar, traria sérios danos à economia nacional.

⁹As CAPs, criadas em 1923, segundo Behring e Boschetti (2008), são o marco da constituição da política social no Brasil, que em conjunto com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criado em 1933, formam as protoformas da Previdência Social. E a criação destes IAPs e do Departamento Nacional de Saúde em 1937, formam a protoforma da Política Nacional de Saúde.

¹⁰Com pequenas mudanças na introdução de novas medidas, como é o caso do Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde Pública na década de 1930 da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que em 1977 foi substituído pelo Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), que uniu em um só instituto o INPS, INAMPS e IAPAS. O Ministério da Previdência e Assistência Social só foi criado no ano de 1974. O Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde Pública permaneceram unificados até o ano de 1953, quando o Governo cria o Ministério da Educação e Cultura separado do Ministério da Saúde.

Durante o período ditatorial que se instalou no país entre 1960 e início de 1980, no cenário de restrição dos direitos civis e políticos, houve uma “pequena expansão” das políticas assistenciais, as quais Bravo (2006) afirma que eram

[...] trabalhadas num binômio repressão-assistência, [...] usada pelo governo com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (2006, p. 6).

A expansão destas políticas assistenciais e a unificação dos institutos propiciou a extensão da cobertura de saúde a outros setores da camada de trabalhadores, a exemplo dos trabalhadores rurais em 1963, com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL); das empregadas domésticas (1972); dos jogadores de futebol (1973); e dos vendedores ambulantes (1978), todos mediante contribuições mensais, já que desde seu surgimento a Previdência Social se apresentou como uma política contributivo-distributiva¹¹.

As ações de saúde pública e medicina previdenciária foram tratadas em conjunto até 1975, quando o Governo instituiu a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo as responsabilidades assistenciais individuais e curativas à Previdência Social, os cuidados preventivos e de alcance coletivo, ficou a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (GRECO e BERTOLOZZI, 1996, p. 388). Mas segundo Paim (2009), esta separação acabou não acontecendo por falta de financiamento para incentivar a construção de uma política de saúde preventiva, continuando a ser exercida uma política curativa, pois esta era financiada pelos trabalhadores.

A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões que aconteceu entre as décadas de 1970 e 1980 no Brasil, proporcionou um decorrente aumento no número de contribuintes para o Sistema Previdenciário, favorecendo a rede particular de saúde que se conveniou ao governo¹², passando a atender aos trabalhadores formais e autônomos que contribuía para a Previdência. O governo começou a fazer uso de hospitais particulares para atender a esses usuários, principalmente no que tange aos exames de alta complexidade,

¹¹Em 1974 o Governo instituiu uma renda mensal vitalícia para idosos e pobres, que contribuía no mínimo pelo período de um ano para o regime previdenciário.

¹²A saúde privada no Brasil, já vinha prestando serviços aos contribuintes da Previdência desde a década de 1920, através de convênios com as empresas que adotaram o sistema das CAPs.

transferindo também para esta rede, incentivos para construção/manutenção destas instituições e parte da contribuição arrecadada dos trabalhadores.

Assim, até meados de 1980 se seguiu a formulação e implementação da política de saúde no Brasil, com a saúde pública repassada ao setor privado através de convênios, sem a participação efetiva da sociedade civil. Este cenário sofre modificações a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que impulsionou alguns textos para a reformulação da saúde, na Constituição Federal de 1988; e as leis regulatórias da saúde na década de 1990. Estas mudanças serão aprofundadas a seguir.

1.2.1 1980 – Reviravoltas na política de saúde

A partir de 1980, reviravoltas na forma de pensar e implementar as políticas de saúde no Brasil (BRAVO, 2006) e os descontentamentos que já faziam parte dos discursos presentes no Movimento da Reforma Sanitária¹³ brasileira desde a década de 1960, defendendo princípios como ‘universalidade, equidade, descentralização e participação social na saúde’, impulsionaram a participação de novos atores sociais – partidos políticos de oposição; sindicatos e movimentos sociais - que se envolveram na luta pela construção de uma política de saúde universal e de qualidade, assumindo assim a luta pela reformulação da política de saúde, “uma dimensão política” (Bravo, 2006, p.08), o que colocou estas discussões na ‘ordem do dia’, entre os segmentos sociais e políticos no país.

A criação dos Conselhos Populares de Saúde no início da década de 70 e reafirmados nos anos de 1980, aliada ao cenário de crise econômica que assolou a América Latina nesta década e o descredenciamento dos hospitais particulares¹⁴ da rede pública de saúde, aprofundaram as discussões sobre a Política Nacional de Saúde e favoreceu o movimento em prol da reformulação desta política, transformando a VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁵, ocorrida em 1986, num marco da saúde pública brasileira, com ampla abertura para os usuários dos serviços de saúde e representações sindicais. Esta Conferência teve grande

¹³ “[...] consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade”. (Bravo, 2009, p.32)

¹⁴ Antes financiados com o dinheiro do Estado para atender os contribuintes da Previdência Social.

¹⁵ Cujos eixos defendiam: I - A saúde como direito; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III - Financiamento setorial.

relevância no processo de descentralização da saúde¹⁶, tendo como reposta no ano seguinte, em 1987, pelo Decreto 94.657, a criação do Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS)¹⁷. Segundo Paim (1989; 2010) o SUDS foi uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços enquanto se elaboravam o texto para o setor da Saúde que iria compor a Constituição Federal de 1988.

As diretrizes propostas¹⁸ na VIII Conferência Nacional de Saúde se tornaram marco legal em 1988, com a sexta¹⁹ Constituição Federal do Brasil, versando em cinco artigos (196-200),

[...] o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; [...] Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51 apud BRAVO, 2006, p. 10-11).

As conquistas democráticas anunciadas nesta década foram entravadas na década seguinte, com a redefinição do papel do Estado, que diminuiu sua intervenção enquanto provedor das políticas sociais, transferindo para o mercado, parte de suas obrigações.

A referência da política de saúde na década de 1990 ficou por conta das Leis de regulamentação do SUS, com a Lei 8.080/90, “que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS” (ANDRADE, PONTES e JUNIOR, 2000) e a Lei 8.142/90, “que regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos” (IDEM).

Como complemento a estas Leis, tem sido criadas as Normas Operacionais lançadas a partir da década de 1990, que são instrumentos normativos que facilitam as transferências de

¹⁶Que será discutido mais adiante.

¹⁷Que após a Constituição Federal de 1988 passou a chamar Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁸As Conferências não têm o poder de formular políticas, mas sim de propor diretrizes para tal formulação. (PAIM, 2009, p. 64).

¹⁹No Brasil pós-colonial, sem contar as Emendas Constitucionais.

recursos, tornando-se forte aliada à garantia do processo de descentralização/municipalização da saúde preconizada na Constituinte de 1988. Esse processo de descentralização da política de saúde tem levado a inúmeros debates acerca da sua aplicabilidade.

1.3 O processo de descentralização das políticas sociais: um jogo de conceitos e aplicabilidade a partir de seus sinônimos.

A descentralização político-administrativa garantida pela Constituição Federal de 1988 e implantada a partir da década de 1990, quando os ideais neoliberais ganharam força no país, será discutida neste capítulo, sob o foco de divergentes visões, que vão desde a ideia de descentralização como sinônimo de ampliação de direitos e igualdade no acesso, à contraposição debatida por distintos autores, sobre a concepção do uso da descentralização como forma de diminuir a empregabilidade de recursos públicos. Para Stein (1997, p. 75), este processo sugere “a demarcação de uma nova ordem política na sociedade brasileira”; um agravamento da desresponsabilização do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008), ou ainda como sustenta Bravo (2009), isentou o poder central de responsabilidades.

Para se pensar nas imbricações decorrentes do processo de descentralização, é importante resgatar as reflexões de Norberto Bobbio²⁰ [et al] (1998), quando afirma que ao discutir descentralização não se exclui o termo centralização, pois segundo o autor, eles são binômios que sempre coexistiram na organização do Estado e na história política das nações, não podendo ser tratados em visões unilaterais e nem transformados em “instituições jurídicas únicas, mas fórmulas contendo princípios e tendências, modos de ser de um aparelho político ou administrativo”, sendo portanto, diretivas de organização, não sendo conceitos imediatamente operativos. (BOBBIO; [et al], 1998, p. 329).

Apesar dos termos - centralização e descentralização- representarem dois tipos “diferentes e contrapostos de ordenamentos jurídicos” na reflexão de Bobbio (et al, 1998, p. 329), não existem organizações em que apenas um deles se apresente puramente, pois se assim o fosse, segundo o autor, a total descentralização se caracterizaria no “rompimento da própria noção de Estado”, entendendo este, (Estado) como uma constituição e divisão de “[...]”

²⁰ Ainda que se reconheça que os referenciais ideológicos deste autor seguem uma linha mais positivista, divergindo do método histórico-dialético adotado neste trabalho, de fundamentação marxista, não se pôde deixar de citá-lo, diante das relevantes contribuições para a discussão da temática, o que não necessariamente significa um desvio de teoria, mas sim o aproveitamento de outras teorias para se discutir um mesmo fenômeno. Ação que está respaldada no Código de Ética Profissional, na luta em defesa da pluralidade teórica.

interesses diversos, tendo como principal tarefa administrar esses interesses, mas sem neutralidade”²¹. (PEREIRA, 2009, p. 292).

E de outro modo, para Bobbio, pensar num Estado puramente centralizador, seria utópico, principalmente diante da complexidade de finalidades e de funções do Estado moderno. Sendo assim, não existe um “sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra” (BOBBIO [et al], 1998, p. 329).

Para se apontar qual processo - centralização ou descentralização - está operando em determinado Estado, Roviére-Monaco, (1993, apud STEIN, 1997, p.79) argumenta que se deve verificar se os órgãos centrais do governo se sobrepõem em poder, às entidades locais e órgãos periféricos, neste caso, estaria vigente a centralização; e se acaso o oposto for identificado, ou seja, se a quantidade de poder das entidades locais e dos órgãos periféricos sobrepuserem a dos órgãos centrais do Estado, então estaria operando um sistema descentralizado.

Sendo assim, na centralização as intervenções das entidades locais e os órgãos periféricos seriam reduzidos ao “mínimo indispensável, afim de que possam ser consideradas como entidades subjetivas da administração”. Na descentralização seriam os órgãos centrais de Estado que possuiriam “o mínimo de poder indispensável para desenvolver suas próprias atividades”. (ROVIÉRE-MONACO, 1993, apud STEIN, 1997, p.79).

A tensão existente entre centralização e descentralização, segundo Stein (1997, p.80) citando Tobar (1991) está ligada à redefinição do papel do Estado na sociedade, em que descentralização tem status de “meio” (tático e estratégico) para atingir determinados fins que são anteriores e superiores a ela mesma. Esta autora chama atenção ainda, que apesar do termo descentralização estar carregado de conotações positivas e se relacionar com processos como democracia, solidariedade e participação, a descentralização também possui qualidades nocivas para seu potencial da distribuição de poderes, se “caracterizada como forma de reforço ao aparelho de dominação, encobrendo a face obscura de um regime autocrático e fechado” (STEIN, 1997, p. 84).

Alguns autores, a exemplo de Castro (1991), Tobar (1991) e Draibe (1993), ambos citados por Stein (1997), partem da concepção sobre a descentralização ter sido usada pelo

²¹É por isso que Poulantzas apud PEREIRA (2009, p. 292) define Estado como “uma *condensação de relações de forças*, isto é, uma condensação de forças materializado num *bloco no poder* ou num *pacto de dominação* que exerce o seu domínio por meio de um aparato institucional (burocrático, jurídico, policial, ideológico) sobre a sociedade, embora seja influenciado por esta [...]”. GRIFO DO AUTOR.

Estado, hegemonicamente direcionado por forças neoliberais, enquanto estratégia para redução de gastos públicos. Estes autores discorrem que como necessidade política, a descentralização tende a ser usada para neutralizar as demandas sociais, desconcentrando os conflitos e envolvendo a população na busca de solução para seus próprios problemas. Segundo Stein, este é um argumento utilizado pelos liberais para demonstrar a eficiência do mercado como mecanismo para a alocação de recursos.

Discutindo este argumento, Lobo (1990, apud Stein, 1997) apresenta três diferentes vertentes de descentralização, sendo: a vertente horizontal, a vertical e a que se situa no plano da relação Estado-Sociedade. A vertente horizontal ocorre entre a administração direta e indireta, quando o poder é repassado às entidades autárquicas, fundações e empresas públicas²². A vantagem deste tipo de descentralização, ainda que teoricamente, está na agilidade da gestão pública mediante criação de organismos autônomos que aproximam a administração das necessidades dos cidadãos. Em contraposição a esta vertente, Tobar (1991 apud STEIN, 1997, p. 87) chama a atenção para a apropriação do espaço público por estas entidades que agem fora do alcance do controle social, com “princípios mais semelhantes aos da administração privada”;

A vertente vertical refere-se à divisão de poder da instância federal para os governos estaduais e municipais, autorizados na Constituição Federal 1988. O risco desta vertente fica por conta dos aspectos estritamente financeiros, pois estes apenas garantem o repasse dos recursos e não a sua efetivação, já que os conhecimentos técnico-operativos (ou técnico-científico, como discorre Tobar, 1991), não são efetivamente garantidos. Já a vertente que se situa no plano da relação Estado-Sociedade tende a transferir para a sociedade parte do poder do Estado, identificado, segundo Lobo (1990 apud STEIN, 1997) em duas correntes: a comunitária, em que a sociedade civil deve assumir a execução de serviços “técnico-financeiro do Estado”; e a outra é a privatista em que a defesa é em prol da privatização dos serviços públicos, ou seja, a venda de empresas públicas para o setor privado. E assim se manteria a lógica de descentralização como diminuição dos gastos públicos.

A descentralização, segundo Stein, tem sido usada ainda, como sinônimo de democracia; desconcentração; e autonomia, porém a autora alerta que cada um desses termos, tem significado e aplicabilidade próprios, o que significa que descentralizar não quer dizer

²²A primeira constitui-se em pessoa jurídica de direito público, com autonomia administrativa e descentralizada (Ex: CFESS); a segunda refere-se a entidades de direito privado, sem fins lucrativos, instituída por pessoa particular ou pelo Estado (Ex: Fundação Abrinq); já a última, refere-se à pessoa jurídica de direito privado, administrado pelo Poder Público (Ex: Caixa Econômica). (SIMÕES, 2009).

que esteja havendo uma relação direta entre eles. No caso de descentralização e democracia, a autora, assim como Arretche (1996), não exclui a possibilidade de a descentralização fomentar a democracia, mas não se pode comprovar uma relação de causa e efeito entre elas. Podendo haver centralização em regimes democráticos e descentralização em regimes autoritários. O mesmo se pode discorrer sobre o surgimento de autonomias e redistribuição de poder, pois isto não se configura num processo automático em que a descentralização conceda imediatamente a autonomia.

Para a aparente sinonímia entre descentralização e desconcentração, Stein (1997) discorre que apesar de muitos autores utilizarem ambas as palavras para os dois termos, há uma discrepância entre eles, pois enquanto descentralização pode ser entendida como a “existência de uma pluralidade de níveis de decisão exercida de forma autônoma pelos órgãos independentes do centro, ou a redistribuição de espaços e dos meios para o exercício do poder”; a desconcentração pode ser entendida “como a delegação de competência sem deslocamento do poder decisório, ou ainda, pode ser a dispersão físico-territorial de instituições governamentais” (IDEM, p. 81).

Trazendo esta discussão para o âmbito municipal, que é no qual este trabalho se foca, pode-se perceber que apesar da descentralização estar mais presente nos debates das políticas sociais, é a desconcentração que tem sido companheira na história da administração pública, com as divisões territoriais, nas quais, como afirma Lobo (1998 apud Stein, 1997 p. 81), não “necessariamente ocorre à distribuição de poder decisório, atuando no mais das vezes, apenas no plano físico territorial”.

Com a descentralização, os problemas de determinadas regiões passaram a ser exclusivamente delas e não de uma herança histórica de exclusão na divisão das fatias do bolo, descortinando uma descentralização destrutiva, vista como “reforço dos esquemas tradicionais de poder, como as práticas de clientelismo e favor” (SOARES, 2000, apud BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p.163).

Segundo Arretche (1996), isto tem se dado pelo fato de que as elites do governo não fazem da descentralização, sinônimo de acesso igualitário aos sistemas, o que tem favorecido o clientelismo pela proximidade entre prestadores de serviços e usuários, mas de modo algum, este era o objetivo real desta proximidade e sim o de favorecer a *accountability* e a *responsiveness* - responsabilização e a capacidade de resposta (tradução nossa).

Para que a descentralização alcance ganhos positivos, não basta apenas ‘descentralizar poder’, é necessário que se construam municípios fortes, criando ou fortalecendo instituições

que, próximas dos cidadãos, poderiam “superar os vícios do velho aparato do Estado Nacional” (ARRETCHE, 1996, p.3), e para tal a descentralização ou ainda a municipalização das políticas, não pode ser tratada como sinônimo de “prefeiturização”²³, pois ainda que haja descentralização político-administrativa entre os entes federativos, é no âmbito municipal que esta descentralização precisa ser reforçada, pois ao contrário, corre-se o risco de se ver a ‘máquina pública’ se desdobrar em acordos que beneficiam gestores e prestadores de serviços, sem se levar em conta os direitos e anseios dos usuários.

1.3.1 Descentralização da política de saúde a partir de 1990 e seus rebatimentos na gestão municipal da política de saúde.

As discussões sobre “descentralização” na saúde²⁴, entendida como democratização do acesso, deram-se início na década de 1960, sendo tema de discussão na III Conferência Nacional da Saúde (CNS, 1963),²⁵, mas só na Constituição Federal de 1988, que ela foi institucionalmente legalizada, dando garantias aos entes federativos para formular e controlar as políticas, e posteriormente reafirmada nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990; 8.142/90 e nas Normas Operacionais Básicas lançadas após 1990, a fim de atender as diversidades existentes no País, de acordo com suas necessidades e territorialização.

A descentralização da saúde trouxe consigo o termo ‘municipalização da saúde’, que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população, transferindo-lhes responsabilidades e recursos para exercerem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde prestados em seu território²⁶. Essa municipalização da saúde delegou inúmeras responsabilidades que devem ser pactuadas pelo município (no nível municipal, estadual e

²³Este termo, segundo Sposaty; Falcão (1990); e Lobo (1990 apud Stein 2007, p.90) é identificado no localismo restrito, no reforço da administração por convênios, na pulverização de recursos e exacerbação de clientelismo, caracterizando assim a exclusividade da administração municipal no processo.

²⁴É importante salientar que descentralização não é um termo utilizado apenas na política de saúde, mas sim amplamente discutido nas políticas sociais, porém neste trabalho estaremos tratando-o com este direcionamento.

²⁵Convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126. Acesso em: 11/12/2010.

²⁶A abrangência de território levou a discussão de outro termo, a ‘Regionalização’ que é um dos princípios que orientam a organização do SUS e representa a articulação entre gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde. É também a partir da Regionalização da saúde, que são apontadas as referências em saúde para cada município. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento. (BRASIL, CARTILHA ENTENDENDO O SUS, 2006). É importante ressaltar, que as referências em saúde para cada município, serão sempre municípios pertencentes a um mesmo Estado, a fim de garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população.

nacional) e assumidas pelos seus gestores locais, tornando-se responsáveis por implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e com as realidades locais.

Para atender as determinações da Constituição Federal de 1988 e das legislações do SUS, na transferência de responsabilidades de gestão para o município, a Norma Operacional Básica 01/91 (NOB 01/91), concebeu a integração de consórcios municipais para atender este processo, ou seja, quando o município não se mostra em condições de assumir os deveres para com a saúde de sua população, este pactua com o Estado e/ou com outros municípios as ações, firmando acordos através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que define, negocia e formaliza pactos entre gestores, respeitando o princípio da Regionalização.

As possibilidades de consórcios indicados na NOB 01/91 foram reorganizadas na NOB-SUS 01/96, estabelecendo os repasses financeiros do SUS sob duas categorias de gestão do sistema de saúde e da prestação de serviços de saúde – a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e a Gestão Plena da Atenção Básica. A primeira credencia o gestor municipal para prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos de saúde, gerir unidades ambulatoriais próprias, contratar, controlar, auditar e pagar aos prestadores de serviços, procedimentos e ações de assistência básica. A segunda propicia ao gestor a possibilidade de elaborar toda a programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo assim aos municípios a ampliação de suas responsabilidades no tocante às necessidades da população. (BRASIL, CARTILHA ENTENDENDO O SUS, 2006).

Esses processos buscam garantir às necessidades do município em gerir sua saúde pública, implementando os princípios do SUS²⁷. São também estas necessidades, que respaldam o surgimento das Secretarias Municipais de Saúde como Gestoras Municipais da Política de Saúde e principais responsáveis pela saúde de sua população, tendo o Conselho de Saúde como seu Colegiado Participativo.

Por fim, é importante salientar que diante das diferentes possibilidades financeiras e administrativas dos entes federativos, o processo de descentralização da política de saúde, se desdobra em diferentes níveis de distribuição dos serviços de saúde, havendo regiões em que

²⁷Dentre eles a universalidade, equidade e a integralidade. A primeira discorre que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independente do sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. A segunda garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Já a integralidade considera a necessidade das ações de saúde ser integradas no aspecto da rede de serviços e da prática de saúde. (BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO, 2011).

municípios apresentam uma descomunal ausência de recursos o que quase sempre acarreta numa agudização das demandas, enquanto há outras regiões em que com os recursos disponibilizados, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde. (ARRETCHE, 1996). Isto demonstra que as garantias apresentadas na descentralização desta política, por si só, não efetiva a distribuição igual e equânime de possibilidades.

2 NOVAS DEMANDAS PROFISSIONAIS: o assistente social na saúde após transformações societárias de 1980.

Para este capítulo o trabalho traz algumas considerações sobre o início do Serviço Social no Brasil; a inserção do assistente social na área da saúde; e a ampliação das demandas profissionais do assistente social, a partir das décadas de 1980 e 1990, passando a categoria a ser requisitada a atuar na gestão das políticas sociais, sobretudo na gestão municipal da política de saúde. Para uma melhor compreensão do assunto, textos de autores como Maria Inês Bravo (2009); Maurílio Matos (2009); Regina Célia Miotto; Vera Maria Nogueira (2009), Marilda Vilela Iamamoto (2008a; 2008b; 2009a; 2009b; 2009c); José Paulo Netto (2006; 2009); Maria Ozanira Silva e Silva (2009); Carmelita Yasbek (2009a; 2009b), dentre outros, tornaram-se fundamentais.

2.1 O Serviço Social no Brasil: algumas considerações

Este trabalho apresentou até o momento, uma discussão conceitual sobre política social e tentou resgatar cronologicamente o surgimento da política de saúde no Brasil, enquanto uma política social, datada a partir de 1930, com expansão e consolidação a partir de 1945, acompanhando o desenvolvimento do capitalismo no Brasil (Bravo, 2009). Imerso neste mesmo “espaço histórico-social” (NETTO, 2006. p. 69), sob as mesmas influências do capital, também será descortinada a inserção do Serviço Social no país e na política de saúde.

O surgimento do Serviço Social no Brasil data por volta de 1930, tendo a Igreja Católica responsável pelo seu ensino, seguindo os moldes da Escola Católica de Serviço Social da Bélgica, mesclado à visão francesa da Escola Normal Social de Paris. Esta mistura de modelos se deu devido à formação Belga, de Melle. Adèle de Loneux, primeira diretora do Centro de Estudos e Ação Social (CEAS)²⁸ inaugurado no Brasil em 1932; e da primeira presidente do Centro, Dona Odila Cintra Ferreira, que tinha formação social na Escola Normal Social de Paris. (YASBEK, 2009a).

O Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) fomentou a criação das primeiras escolas de Serviço Social no país, criada em 1936 em São Paulo e 1937 no Rio de Janeiro, ambas

²⁸Este Centro tinha por objetivos, difundir a doutrina e a ação social da igreja. (YASBEK, 2009a, p. 130).

fundamentadas na Doutrina Social da Igreja (SILVA, 2009) e sem ter ainda como objeto da profissão, a questão social²⁹ como reconhecida hoje, sendo ainda vistas com o olhar conservador e moralista da Doutrina Social da Igreja Católica, que via as manifestações da questão social “como um conjunto de problemas sob a responsabilidade individual dos sujeitos que os vivenciam [...]” (YASBEK, 2009a, p. 131).

Até a década de 1940, o Serviço Social teve sua ação fundamentalmente direcionada, às entidades vinculadas à Igreja Católica e empresas privadas que trabalhavam em conformidade e apoio dos ideários Católicos. Após esse período, ocorre uma ampliação dos espaços interventivos do assistente social para além destas entidades, passando a ser requisitados a atuar nas grandes instituições³⁰ assistenciais e previdenciárias que foram criadas para regular os problemas causados pelo crescimento desorganizado dos centros urbanos, impulsionado pelo advento da industrialização que estimulou constantes migrações da população do campo e de pequenas cidades para estas regiões.

Segundo Silva (2009, p. 24), este cenário levou o Estado a defrontar-se com duas demandas: “absorver e controlar os setores urbanos emergentes” e como resposta, instituiu uma política de massa, desenvolvendo ações normativas e assistenciais para controlar os trabalhadores urbanos utilizando-se das instituições para regular o processo de relações sociais. (IAMAMOTO, 2008a; SILVA, 2009).

Neste momento ocorre a ‘institucionalização do Serviço Social’ enquanto profissão, pois os assistentes sociais passam a ser requisitados para atuar nestas instituições, a fim de regular os fenômenos decorrentes da relação capital x trabalho, - inerente ao sistema capitalista, ou seja, agir nas expressões da questão social. Essa institucionalização ocorre atendendo aos interesses da classe burguesa no momento em que o país passava por um processo de desenvolvimento de uma política econômica que favorecia a industrialização.

Assim o Serviço Social vai abandonando o viés caritativo e assumindo características de profissão regulamentada pelo Estado, através da portaria do Ministério do Trabalho, n. 35 de 19 de abril de 1949, tornando-se o graduado nesta área, um profissional liberal. No entanto, o objetivo e as atividades conferidas a este profissional e suas condições de assalariado e executor das políticas sociais, o coloca na condição de profissional não liberal, já que para

²⁹Com base nas reflexões de Iamamoto (2001), questão social pode ser entendida como o conjunto das disparidades sociais, resultante do conflito entre capital e trabalho em que nas mutações das relações sociais de produção, são reveladas novas formas de organização do trabalho que acentuam as dificuldades dos trabalhadores na sociedade em que vivem.

³⁰Entre outras, surgem, o Conselho Nacional de Serviço Social em 1938; a Legião Brasileira de Assistência em 1940; o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial em 1942; o Serviço Social da Indústria e a Fundação Leão XII, em 1946. (SILVA, 2009).

atuar nas expressões da questão social depende interinamente das condições materiais, organizacionais e técnicas, oferecidas pela instituição empregadora. Logo as instituições públicas mantidas pelo Estado, transformaram-se no maior empregador do profissional do Serviço Social, o assistente social, que tem geralmente, como demandante dos seus serviços, os segmentos mais fragilizados da sociedade, os empobrecidos e subalternizados. (YASBEK, 2009a; 2009b).

Após a década de 1960, as decorrências sócio históricas impostas por um desenvolvimento econômico acelerado, marcado pela exploração da força de trabalho, mudaram as relações sociais no país, impondo mudanças no posicionamento da política social, levando-a a ser colocada como estratégia fundamental para amenizar as sequelas deixadas pelo desenvolvimento do capitalismo monopolista (NETTO, 2006). A forma assumida pela política social no bojo dessa conjuntura e a situação vivida pela sociedade brasileira, colocaram para o Serviço Social brasileiro³¹, a necessidade de buscar o avanço técnico da profissão, assim como discorre Yasbek (2009b). Este momento é identificado, segundo Netto (2009) e Silva (2009), como o primeiro momento do Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil.

Este movimento, deflagrado a partir da necessidade de instituir um perfil profissional às ações dos assistentes sociais, se desenvolveu diferentemente no interior da categoria, “quer cronologicamente, quer teoricamente” (NETTO, 2009, p. 154), havendo, após a erosão do Serviço Social Tradicional, três tendências em disputa no interior da profissão, sendo as perspectivas: Modernizadora - que buscava o avanço técnico e a ampliação das funções da profissão; de Reatualização do Conservadorismo - que de acordo com Netto (2009, p. 155), não superou e nem negou os valores e concepções tradicionais, apenas subordinou-os a seus vieses modernos; e da Intenção de Ruptura, que teve como projeto, romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológica e prático-profissional. (IBIDEM).

A Intenção de Ruptura deflagrada no Movimento de Reconceituação do Serviço Social, o qual Netto (op. cit.) chama de inconcluso devido a forte repressão que assolou a América Latina na década de 1960, principalmente no Brasil, ressurgiu entre o final da década de 1970 e início de 1980, estando presente até os dias atuais com o que o autor chama de momento de espraiamento da Intenção de Ruptura com o Serviço Social “tradicional”³².

³¹Até então, sob a influência do pensamento conservador, seguindo os moldes do Serviço Social norte-americano, denominado de Serviço Social tradicional. (YASBEK, 2009b).

³²Para maiores conhecimento acerca destas tendências, ver Netto (2009) “Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64”.

No bojo das manifestações da questão social, este movimento dentro do Serviço Social promoveu o amadurecimento de setores da categoria profissional, na sua relação com outros protagonistas - equipes multiprofissionais e grupos da população politicamente organizados; e outras instâncias - núcleos administrativos e políticos do Estado (NETTO, 2009, p.139), para juntos participarem das lutas que suscitaram nas vitórias florescentes nas décadas de 1980 e 1990 no país, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal Brasileira de 1988 e ainda a Lei Orgânica da Saúde em 1990³³.

Outros eventos que marcaram o Serviço Social, pós-reviravolta na forma de pensar e atuar na profissão, não apenas para atender as necessidades postas pelo empregador, mas, sobretudo, para dar respostas profissionais “a quem o profissional do Serviço Social serve - a classe trabalhadora” (COLMAN, 1998, p.14), também devem ser lembrados, como é o caso da Lei Orgânica da Assistência Social em 1993 - (8.742/93); da Lei de Regulamentação da Profissão em 1993 - (8.662/93); das novas Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social, aprovadas em 1996 - (9.394/96); da construção do Projeto Ético-Político Profissional e das Revisões no Código de Ética da profissão.

Estas transformações mudaram o fazer profissional do assistente social, abrindo leques de possibilidades para uma intervenção crítica da realidade, o que possibilitou sua atuação nas mais diferentes áreas da política social, como é o caso da política de saúde, sendo atualmente, o setor que mais emprega o assistente social na esfera estatal. (BRAVO, 2009).

2.2 O Serviço Social na Saúde e a inserção profissional na gestão desta política

Inicialmente o Serviço Social na saúde, foi requisitado para práticas educativas com *locus* de sua ação nos hospitais e ambulatórios, na área infantil, com portadores de tuberculose e verminoses, orientações com higiene pré-natal, etc. Neste contexto, o assistente social assumiu uma ação sedimentada “na prática curativa, principalmente na assistência

³³Deve-se também ressaltar a relevância do Movimento de Reconceituação nas publicações que “consolidaram” o pensamento marxista no Serviço Social, como o livro de Yamamoto & Raul de Carvalho "Relações Sociais e Serviço Social no Brasil", lançado em 1982.

médica previdenciária, que na época era o maior empregador desses profissionais”³⁴ (Bravo, 2009, p. 31).

Este quadro começou a mudar nos anos de 1970, quando demandas postas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, influenciaram mudanças na atuação profissional do assistente social em relação aos usuários e as instituições empregadoras, colocando para esta categoria, novas possibilidades de intervenção. E onde antes se realizava atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais, - Exigência do Projeto Privatista-, abriu-se espaços para democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã – Possibilidades do Projeto da Reforma Sanitária. (BRAVO, 2009, p. 36)

As mudanças na postura profissional do assistente social na saúde, possibilitadas a partir deste Movimento, foram fortalecidas nos textos em favor da segurança social, na Constituição Federal brasileira de 1988, “incorporando a dimensão social da saúde e a exigência da proteção social em saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p.222), ampliando o entendimento de saúde para além da ausência de doenças, inserindo abordagens biopsicossociais no processo. Este “novo” conceito de saúde favoreceu o reconhecimento de outros profissionais, além do médico e da enfermeira, como sendo profissionais de saúde, dentre eles o assistente social, que já atuante na área, teve sua inserção respaldada pela Resolução 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); e pela Resolução 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (BRAVO, 2009; SARRETA, 2008).

Estes direcionamentos, juntamente com o processo de descentralização das políticas sociais na década de 1990, impulsionaram a atuação dos assistentes sociais para os municípios, quando estes passaram a ser responsabilizados por seus munícipes, colocando como um dos principais objetivos dessa descentralização, a garantia de se efetivar direitos e o acesso igualitário a todo e qualquer cidadão, respaldando a ação dos assistentes sociais pelo perfil de profissional, que apesar da contradição intrínseca em sua constituição histórica, tem em seu Código de Ética, princípios muito claros em defesa da classe trabalhadora. (BRAVO, 2006; 2009).

³⁴Esta postura da profissão se seguiu até a década de 1970, quando na saúde ocorre o Movimento de Reforma Sanitária. Segundo Netto (2009), o Serviço Social sofreu influencia deste movimento, porém participou timidamente do processo, porque neste momento, estava mais preocupado em (re) afirmar suas bases teóricas.

É a partir deste período, mais especificamente na década de 1990, com o surgimento de demandas externas à categoria, que vão se abrir novos campos de trabalhos para os profissionais do Serviço Social, para além da execução das políticas sociais, pois segundo Souza (2002), para se recuperar da crise econômica, social e política que assolou a América Latina na década de 1980, passou-se a exigir profissionais com competências³⁵ para atuarem no campo da gestão das políticas sociais. De acordo com Iamamoto (2009c, p.125), foi a influência deste cenário que possibilitou a “abertura de fronteiras entre as profissões”, permitindo a concorrência entre diferentes profissionais de áreas afins, no campo da gestão social pública, tendo não apenas por exigência sua formação profissional, mas sim sua qualificação para o cargo.

Aliada a esta conjuntura, há às transformações societárias ocorridas no Brasil na década de 1980 e início de 1990, que alteraram as relações entre Estado e Sociedade Civil, possibilitando a esta última, atuar na formulação, gestão e controle das políticas sociais. O campo da gestão precisou ser redirecionado para atender esta nova demanda de gestão, e os gestores dos espaços públicos precisaram adquirir conhecimentos, não apenas ‘técnicos’³⁶, mas também ‘políticos’³⁷ que facilitassem o diálogo entre as partes. Foi surgindo assim, a necessidade de uma nova forma de gestão, que fosse além da gestão estratégica³⁸, com indicativos para uma gestão social³⁹.

Neste cenário, os assistentes sociais, devido a sua capacidade de “conhecimentos sobre política social e na área de mobilização social”, como discorre Matos (2009, p. 514) passaram

³⁵Competências no sentido de conhecer e saber gerir as políticas. Estas exigências se materializaram no Brasil, a partir de meados dos anos de 1990, na profunda reestruturação do aparelho de Estado. (SOUZA, 2002, p. 02).

³⁶ Técnicos, quando dispõe de saberes e práticas de gestão do sistema público, incluindo as legislações necessárias à implementação das Políticas. (SOUZA, 2002, p. 26).

³⁷ Políticos, quando age compromissado com a população, buscando efetivar direitos de cidadania e para isto constrói permanente diálogo com os atores responsáveis pelo “jogo democrático”, com destaque para além do poder executivo, também as instâncias dos conselhos e as representações dos gestores municipais e estaduais e os canais institucionais de relação entre esferas de governos - CONASEMS, CONASS, CIB e CIT (SOUZA, 2002, p. 26).

³⁸Com valorização da competência técnica, atribuições hierárquicas, o que produz a substância do comportamento tecnocrático e monológico de decisões. (TENÓRIO, 2006). Enfim, como discorre Ronconi (S/D,) uma gestão com ênfase no “caráter legal das normas, ao caráter formal da comunicação, na rígida divisão do trabalho, na hierarquização da autoridade, na rotina dos procedimentos e no mérito [...]”. (p.11).

³⁹ Gestão social, ainda é um termo em construção (CANÇADO; TENÓRIO; PEREIRA, 2011; TENÓRIO, 2002; 2006; FRANÇA FILHO, 2008), mas segundo Tenório (2007, p.09) deve ser entendido como “um conjunto de processos sociais no qual a ação gerencial se desenvolva por meio de uma ação negociada entre seus atores”. A discussão sobre este novo tipo de gestão foi ganhando visibilidade na academia e na mídia, frequentemente associada à gestão das políticas sociais, às organizações do terceiro setor, aos projetos de combate à pobreza, etc., pensando na gestão “como espaço privilegiado de relações sociais onde todos têm direito à fala”, possibilitando o compartilhamento das decisões entre os envolvidos na ação. (TENÓRIO, 2002, p.01). O termo “Gestão Social” é uma temática surgida na área da Administração e sob esta é que vem tomando concretude.

a ser requisitados para assumir novas demandas, e/em novas frentes de trabalho, indo além de “profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas”, (IAMAMOTO, 2009a, p.20), para tornar-se também responsável por planejar e gerir estas políticas, pois, assim como discorre Raichelis (2009);

[...] embora historicamente os assistentes sociais tenham se voltado à implementação de políticas públicas, “executores terminais das políticas sociais” como definiu Netto (2005), esse perfil vem mudando nos últimos anos e apesar de ainda predominante, abrem-se novas alternativas e áreas de trabalho profissional. [...] Os assistentes sociais passam a ser requisitados para atuar também na formulação e avaliação de políticas, bem como no planejamento e na gestão [...]. (RAICHELIS, 2009, p. 388).

A competência profissional de gestor das políticas sociais para o assistente social foi respaldada na Lei de Regulamentação da Profissão 8.662/93, e para ratificar esta atuação em áreas distintas das políticas sociais, o conjunto CFESS/CRESS, órgãos responsáveis por fiscalizar o exercício profissional no país, lançaram documentos posteriores, que norteiam a ação dos profissionais, como é o caso da atuação profissional do assistente social na gestão da política de saúde (CFESS/2010), reforçando valores, princípios e deveres do assistente social, ecoados do seu Código de Ética Profissional; se mantendo na luta em defesa intransigente dos direitos sociais, humanos e civis; no aprofundamento da democracia; no posicionamento em favor da equidade e da justiça social, etc. (BRASIL, CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1997); sendo estes fortalecidas por seu projeto ético-político profissional, no qual segundo Iamamoto (2009c),

[...] mesmo remando contra a rota dos ventos e das marés, imputadas pelas políticas neoliberais, teimamos em reconhecer a liberdade como valor ético central, o que implica desenvolver o trabalho profissional para reconhecer a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, reforçando princípios e práticas democráticas. (IAMAMOTO, 2009c, p.141).

Este foi o resumo do cenário que possibilitou a inserção profissional dos assistentes sociais no espaço da gestão das políticas sociais⁴⁰, sobretudo na gestão da política municipal de saúde de vários municípios brasileiros, seguindo sua intensa e histórica vinculação com as políticas sociais, que segundo Behring (2009), é uma relação que remete a forma de enfrentamento da questão social, que se constitui em objeto de intervenção do Serviço Social.

Para melhor discutir os meandros que permeiam o fazer profissional do assistente social no espaço sócio-ocupacional da gestão, serão apresentadas a seguir, pesquisas que indicam o assistente social na gestão municipal da política de saúde de alguns municípios brasileiros, e apontamentos sobre a observação do cotidiano profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde de Muritiba/BA, a partir do diário de campo da graduanda no Estágio Supervisionado em Serviço Social.

⁴⁰ Vale ressaltar, que ainda que o assistente social possua perfil profissional de conhecedor das políticas sociais e com capacidade de mobilização social, como discorre Matos (2009), ao assumir o cargo de gestão de uma política, o profissional depara-se mais uma vez com a contradição que é intrínseca à base de sua intervenção profissional, pois foi requerido dentro das exigências de mercado do projeto de Estado Neoliberal no início dos anos 90, para mediar ações que favoreçam intervenções com pouco investimento e alto poder de resposta, ao mesmo tempo em que atenda as necessidades dos trabalhadores, o suficiente para os manterem submissos diante do aumento das demandas. Demandas estas, incentivadas diante do contexto de ampliação de direitos favorecido pela Constituição Federal de 1988, e ampliadas pelo próprio processo de baixo investimento nas políticas sociais durante o período, acentuando ainda mais as desigualdades. (IAMAMOTO, 2009c).

3 A PESQUISA

A partir da afirmação de autores como Iamamoto (2009a; 2009b; 2009c), Teixeira (2009), Raichelis (2009) e Yazbek (2009b), de que tem havido uma ampliação dos espaços sócios ocupacionais para os assistentes sociais, redirecionando sua ação para além da execução das políticas, programas e projetos sociais, passando a atuar também na sua gestão, este capítulo do trabalho busca ratificar estas afirmações, apresentando pesquisas que demonstrem a atuação do assistente social na gestão municipal da política de saúde.

3.1 O assistente social na gestão municipal da política de saúde

Antes de adentrar no resultado das pesquisas que indicam a atuação profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, é necessário proferir uma observação de que ainda que se conheça a atuação de alguns profissionais do Serviço Social na gestão municipal da política de saúde, ratificar esta afirmação apontando dados bibliográficos, tornou-se uma verdadeira busca por uma agulha no palheiro, já que a categoria quase nada tem sistematizado sobre o assunto.

As pesquisas, cuja metodologia já foram descritas na introdução do trabalho, foram possíveis através de publicações de profissionais de outras categorias, da área da Saúde, Administração, de professores e pesquisadores de Universidade e Centro de Estudos, Coordenadores e alunos de mestrado e doutorado de algumas instituições, a exemplo da Escola Nacional de Saúde Pública, da Rede de Observatório de Recursos Humanos na Saúde, da Fundação Osvaldo Cruz, do Ministério da Saúde, dentre outros⁴¹, que tinham por objetivo desvendar o perfil dos gestores municipais da política de saúde⁴².

⁴¹ As pesquisas encontradas foram realizadas nos Estados do Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; Espírito Santo; nas cidades brasileiras que fazem fronteiras com países do MERCOSUL; e nos distritos de saúde da cidade de Goiânia.

⁴² Nestas pesquisas, os assistentes sociais, dentre outros profissionais, aparecem frequentemente na função de gestor municipal da política de saúde. Faz-se necessário esclarecer que em nenhuma destas pesquisas, tinha-se por objetivo evidenciar a atuação profissional do assistente social na gestão. Em alguns casos, foram evidenciados profissionais das áreas de Enfermagem e Medicina, ou ainda, simplesmente apontados o aumento de profissionais graduados ocupando o cargo de gestores municipais da política de saúde.

No Estado do Rio Grande do Norte⁴³, as pesquisas de Vilar (2001), com os gestores municipais de saúde, demonstraram que o profissional do Serviço Social atuava em 7% dos municípios como gestor municipal da política de saúde, ocupando o sexto lugar na colocação-atrás, respectivamente, dos profissionais de Odontologia, Auxiliar de Enfermagem, Enfermagem, Farmácia e Medicina; já em 2005, as pesquisas realizadas neste mesmo Estado⁴⁴, porém por Castro; Castro; e Vilar (2005) revelaram o assistente social na quarta posição, com 10% dos cargos, empatado com os profissionais de Farmácia, tendo em sua frente, respectivamente os profissionais da Medicina (que caíram da primeira para a terceira colocação), Odontologia e Enfermagem.

Com os gestores municipais de saúde das cidades brasileiras⁴⁵ que fazem fronteira com os países do MERCOSUL, os estudos realizados no ano de 2005 por técnicos do Ministério da Saúde em Parceria com Centros de Estudos, detectaram que em 2,9% destes municípios, a saúde era gerenciada por assistentes sociais, ocupando a nona colocação, atrás respectivamente, dos profissionais de Direito, Engenharia / Economia, Veterinária, Administração, Enfermagem, Odontologia, Licenciaturas diversas e Medicina.

No Estado do Espírito Santo⁴⁶, no período entre 1997 a 2000, Martins (2002) revelou que o assistente social ocupava o segundo lugar entre os profissionais de nível superior no cargo de gestor municipal da política de saúde, com 5,5% dos cargos, empatado com os profissionais de Enfermagem, tendo o profissional de medicina na primeira colocação. Igual resultado foi demonstrado na pesquisa com o Estado do Rio Grande do Sul⁴⁷, por Sobrinho e Souza (2006), com os assistentes sociais também na segunda colocação empatados com profissionais de Odontologia, tendo novamente o profissional da Medicina em primeiro lugar.

Posição semelhante para os assistentes sociais foi descortinada na cidade de Goiânia, em que os autores, Miranda; Guimarães e Alves (2009) realizaram uma “categorização demográfica, socioeconômica e funcional” (p, 354) dos gestores municipais de saúde, dos dezesseis distritos de saúde do município, no ano de 2009. Neste estudo, 17% dos profissionais que ocupavam a gestão da Saúde nestes Distritos eram graduados em Serviço Social, estando em segundo lugar entre a profissão mais atuante na área, logo após do profissional de Enfermagem, que ocupava o primeiro lugar.

⁴³No total de 167 municípios, a amostra foi de 82% de municípios pesquisados.

⁴⁴Universo de 167 municípios, 77% foram incluídos na amostra.

⁴⁵Entre 69 municípios brasileiros localizados nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul que fazem parte da linha de fronteira com Uruguai, Argentina e Paraguai, 67 fizeram parte da pesquisa.

⁴⁶Do total de 77 municípios, a amostra foi de 70,2%.

⁴⁷No universo de 496 municípios a amostra foi com 60% dos municípios.

Como pode ser percebido, o profissional do Serviço Social tem assumido cargos de gestor municipal da política de saúde em vários municípios brasileiros, porém no estado da Bahia, nenhuma pesquisa semelhante foi encontrada, enquanto registro bibliográfico disponibilizado em *sites científicos* e nos Portais Eletrônicos das Diretorias Regionais de Saúde e nas Secretarias de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal). Esse fato pode demonstrar que ainda há lacunas de produção teórica e/ou de divulgação de materiais produzidos a serem vencidas.

Diante da inexistência de dados na internet, buscou-se, através de contatos com profissionais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e da 31ª Diretoria Regional de Saúde⁴⁸, obter informações sobre a presença de assistentes sociais na gestão municipal da política de saúde, o que foi revelado que na capital baiana, Salvador, nos anos de 2004 a 2008, durante as reuniões realizadas com os setores da saúde, era notável as presenças de assistentes sociais que ocupavam a gestão da saúde nos Distritos Sanitários da cidade.

Já na 31ª Diretoria Regional de Saúde (31ª DORES), foi apontado que não se sabia ao certo as profissões dos Secretários municipais de Saúde, mas que uma assistente social atuava como Secretária Municipal de Saúde no município de Muritiba/BA. Sendo justamente o município, conforme já sinalizado na introdução, que foi o campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social da graduanda, cujas características, serão apresentadas a seguir.

3.2 A Política Municipal de Saúde de Muritiba/BA.

A fim de apresentar o contexto político, social e econômico que permeiam a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde de Muritiba, serão introduzidas algumas informações, identificadas como relevantes, sobre o município e a Secretaria Municipal de Saúde.

⁴⁸Região em que está inserido o município de Muritiba/BA, cuja atuação profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, fomentou esta pesquisa.

O município de Muritiba/BA⁴⁹ –

A cidade de Muritiba (93 anos), incrustada no Recôncavo Baiano, distante 114 km da capital baiana, situa-se na micro região de Santo Antônio de Jesus. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), vincula-se a 31ª Diretoria Regional de Saúde (31ª DIRES), dentro da macro região leste de Cruz das Almas/BA.

O município limita-se com as cidades de Governador Mangabeira, Cruz das Almas, São Felix e Cabaceiras do Paraguaçu. Segundo dados do IBGE (2010), possui um contingente populacional de 28.899 habitantes, sendo que 17.905 concentram-se na Sede do município. Além da Sede, Muritiba tem um distrito por nome de São José de Itaporã e várias localidades rurais, dentre as quais se destacam: Laranjeiras, Caatinga Seca, Carro Quebrado, Gravatá de Baixo, Gravatá de Cima, Pau Ferro, Pedrinhas, Beija Flor, Mil Peixes, Baixa Grande e Marimbondo⁵⁰.

A Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA –

Cada região, respeitando suas disparidades, teve que se adequar ao Sistema Único de Saúde e ao processo de descentralização desta política, na medida em que reconhece e atende suas demandas. A Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, ainda que em passos lentos, devido às conjunturas políticas, econômicas e sociais que movimentam municípios interioranos, com grupos políticos que se alternam no poder, também teve que desvendar este novo caminho proposto pelo SUS.

Com base em informações obtidas na Prefeitura Municipal de Muritiba/BA, no setor de Administração e Finanças⁵¹, as legislações pertinentes à criação da Secretaria Municipal de Saúde versam o seguinte:

Lei 434/1989 – Dispõe sobre a assinatura de convênio entre a Prefeitura Municipal de Muritiba e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);

Lei 475/1991 – Cria o Conselho Municipal de Saúde e dá providências;

⁴⁹Vale ressaltar que parte das informações presentes neste capítulo, são conteúdos do diário de campo da graduanda e do relatório de Estágio Supervisionado em Serviço Social, realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, entre julho de 2010 a dezembro de 2011.

⁵⁰ De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000), Muritiba possui IDH de 0.676.

⁵¹Foi apresentado um documento contendo uma série de Leis Municipais, mas que não continha informação sobre o nº de folhas. Quando perguntado sobre o livro em que deveriam estar estas leis e decretos, o responsável respondeu que muitas das informações haviam sido perdidas em gestões passadas e ali estava o que ele conseguiu recuperar nos computadores e em documentos oficiais.

Lei 584/1998 – Cria a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social e dá providências;

Lei 623/2001 – Lei que cria a Secretaria de Desenvolvimento Social, desmembrando-a da Secretaria de Saúde, que a partir de então passou a ser unicamente Secretaria Municipal de Saúde.

No ano de 2009 a Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba assinou o termo de Compromisso de Gestão, porém, sem assunção de Comando Único do Sistema municipal, mas com Gestão Plena da Atenção Básica, se comprometendo ao cumprimento das metas pactuadas, apontando responsabilidades do Gestor e orientando-se nos eixos das desigualdades em saúde, ampliação do acesso com qualidade e humanização da atenção, redução de riscos e agravos e aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

As ações da Secretaria Municipal de Saúde têm como “porta de entrada preferencial”, a Atenção Básica, regulamentada pela Norma Operacional Básica/96 (NOB/96), em que os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde, através da Gestão Plena da Atenção Básica, disponibilizando atendimentos a população através dos Postos de Saúde, Unidades de Saúde da Família, e Centro de Atenção Psicossocial.

O objetivo e responsabilidade da Instituição é formular políticas de saúde no município, orientando, promovendo, controlando, regulando e colaborando com atividades, projetos e programas que visam melhorar a qualidade da saúde da população, assim como: atender as demandas da Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde; avaliar os indicadores de saúde, obtendo um diagnóstico que possa oferecer um amplo entendimento da situação de saúde encontrada para que sejam detectados seus determinantes e motivações; construir, executar e avaliar o plano municipal de saúde; e criar normas que promovam a proteção e defesa da saúde, fazendo-as serem cumpridas dentro do que rege a lei, orientados pelos princípios organizativos do SUS, que devem se constituir em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde, atendendo prioridades e conduzindo a política de saúde municipal de forma a garantir o acesso aos serviços assistenciais de saúde e de vigilância a saúde.

A fim de garantir o alcance destes objetivos e responsabilidades, a Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, além do Pacto com a União e com demais unidades de saúde do município, possui pactuação com os seguintes municípios: São Felix, Cachoeira, Cruz das Almas, São Felipe, Feira de Santana e Salvador, através da Programação Pactuada Integrada (PPI). Porém esta PPI foi elaborada no ano de 2009 e não mais renovada, estando,

portanto, as pactuações não condizentes com a situação atual das necessidades da população, chegando ao ponto do município ser notificado pelo Ministério da Saúde⁵², pelo elevado número de Ultrassonografias realizadas na Unidade Hospitalar municipal⁵³.

Estrutura e funcionamento da Organização -

No espaço Físico da Secretaria Municipal de Saúde, funcionam os Seguintes setores: Gabinete da Gestora; Central de Regulação; Farmácia Básica; Sala da Vigilância Sanitária juntamente com a Vigilância Epidemiológica; Central de Processamentos de Dados; e Sala de Coordenação (onde ficam os Coordenadores da Atenção Básica, de Saúde Bucal, da Assistência Farmacêutica, a Auditora, e também é o local onde a assistente social e a nutricionista atendem aos usuários)⁵⁴.

Para atender as demandas da saúde no município, em conjunto com as pactuações já mencionadas, existem os serviços de referência e suporte à Atenção Básica, que compreendem as oito Unidades de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde, mais 09 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e 06 Equipes de Saúde Bucal (ESB1), a elas vinculadas. A Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e 03 Equipes de Agentes de Endemias, que junto com os Agentes Comunitários de Saúde cobrem 86% do município, superior a meta de 60% pactuada com o Ministério da Saúde. Como suporte, tem ainda a Farmácia Básica, em conjunto com a Assistência Farmacêutica; a Central de Regulação que trabalha diretamente com a Atenção Básica na distribuição de cotas para consultas com especialidades que não estão inseridas nas Unidades de Saúde da Família, e para marcação de exames dentro e fora do município; e a Central de Processamento de Dados, responsável pela alimentação dos Sistemas de Saúde.

A Instituição gere ainda o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de oferecer atendimento à população portadora de transtornos mentais e o Hospital Municipal

⁵² Informações cedidas por um técnico da Central de Processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município.

⁵³ Este problema desvela outras fragilidades do atraso na renovação da PPI, pois segundo técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, muitos dos acordos com exames e procedimentos médicos pactuados na antiga PPI, não vem sendo cumprido por alguns municípios, o que pode significar que o município tem gasto duplamente pelo mesmo serviço, pois os valores pactuados são repassados, fundo-a-fundo aos municípios que fizeram o acordo de disponibilização do serviço, e ainda assim, a rede municipal de saúde de Muritiba, vem implantando em suas unidades de saúde alguns desses serviços.

⁵⁴ Esta divisão espacial, em que todos esses profissionais dividem uma única sala sem nenhuma espécie de objeto que faça a separação do ambiente, infringe o direito a inviolabilidade do local de trabalho, assim como também, a garantia do sigilo profissional. (BRASIL, CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1997);

Lucila Fraga, único hospital do município⁵⁵. Esta unidade está caracterizada como unidade de média complexidade. Possui trinta e um leitos divididos nas quatro especialidades básicas (clínica médica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica), um laboratório de patologia clínica, um centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, sala de parto, enfermarias, posto de enfermagem, sala de observação, sala de pequenas cirurgias, sala de curativos, sala de nebulização, consultórios, sala de serviços de enfermagem, uma Subdivisão de Arquivo Médico e Estatística – SAME, central de esterilização, farmácia, setor de nutrição e necrotério.

Através da Programação Pactuada e Integrada, o município conta com instituições particulares conveniadas ao SUS que atendem as demandas do município mediante disponibilização de cotas, sendo a Clínica de Olhos de Muritiba (CLIOM) - clínica particular da rede de oftalmologia do Estado contratada pela SESAB, responsável por realizar consultas, exames e cirurgias oftalmológicas, assim como também, o Laboratório de Análise Clínica São José.

Recursos humanos da Instituição –

A instituição emprega 310 funcionários⁵⁶, sendo: 80 funcionários nas Unidades de Saúde da Família e 74 no Hospital Municipal (entre médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, odontólogos, recepcionistas, vigilantes e auxiliares de limpeza); 68 Agentes Comunitários de saúde (distribuídos entre as oito Unidades de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde); 37 Agentes de Combate as Endemias; 12 funcionários no Centro de Atenção Psicossocial (artesão, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, psiquiatra, vigilantes, técnica de enfermagem, cozinheira e auxiliar de serviços gerais); 39 funcionários na Secretaria Municipal de Saúde.

⁵⁵Até o fechamento deste trabalho, a gerência do Hospital e Maternidade Lucila Fraga, permanece vinculada a Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, mas já iniciada as negociações com uma Fundação Estatal para assumir a administração.

⁵⁶Este contingente em toda a rede municipal de saúde até dezembro de 2011.

Recursos financeiros da Instituição –

Para garantir a operacionalização dos serviços de saúde, não só em Muritiba, mas em todo território nacional, em 1998 o Governo criou o Piso da Atenção Básica (PAB), cujos recursos são transferidos fundo-a-fundo, ou seja, do fundo nacional de saúde, para o fundo municipal de Saúde, numa conta controlada pelo governo e Conselho Municipal de Saúde, com valor diretamente proporcional ao número de habitantes do município, o que possibilitou uma maior estabilidade no planejamento das ações de saúde local e atenuação das disparidades regionais.

De acordo com os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, complementados pela Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O município recebe repasses advindos da união, realizados por meio de transferências fundo a fundo de recursos per capita para os municípios, referentes ao: Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Estratégias de Saúde da Família (ESF); Programa de Assistência Farmacêutica (PAF); Vigilância Sanitária; Programa Nacional de Epidemias contra a Dengue; Ações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Programa de Saúde Bucal (PSB); Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e Piso de Atenção Básica (PAB – Fixo, Ampliado e Variável).

O valor do PAB fixo varia, desde sua instituição, entre R\$10,00 e R\$18,00 reais por habitante/ano. O PAB ampliado, instituído por meio da NOAS/SUS 01/01 foi fixado em R\$0,50 por hab./ano sendo incorporado ao PAB fixo dos municípios a partir da sua habilitação à Norma. O PAB variável é constituído por recursos financeiros destinados ao custeio de estratégias realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde. O Incentivo para as equipes de Saúde da Família é regulamentado pela portaria GM/MS nº 1.329, de 12 de novembro de 1999.

Além desses incentivos, o município também investe, obrigatoriamente, na saúde pública municipal, seguindo a base de cálculo do Ministério da Saúde, respeitando o seguinte cálculo:

- A) Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI (sobre transmissão de bens imóveis).
- B) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR e transferências da Lei Complementar nº87/96 – Lei Kandir.
- C) Imposto de Renda Retido na Fonte.

D) Transferência do Estado: cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI - Exportação.

E) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

(Cálculo = A+B+C+D+E) x 0,15

Deve-se respeitar o valor aplicado na saúde no ano anterior, não podendo, de modo algum, reduzi-lo de imediato, caso ultrapasse o valor mínimo equivalente a 15% do total da receita, estipulado pelo Ministério da Saúde.

Esta é à base de cálculo comum a todos os municípios e no que concerne a Muritiba, com base na análise do Plano Municipal de Saúde do município, para os anos 2010-2013, estará investindo 22,52% da sua receita na área de saúde.

3.2.1 A inserção do Serviço Social na Gestão Municipal da Política de Saúde de Muritiba/BA: Apontamentos a partir da vivência de Estágio Supervisionado em Serviço Social.

A inserção profissional do assistente social nas instituições de saúde no município de Muritiba/BA, ainda está galgando seus primeiros passos, já que, segundo os registros do setor de Recursos Humanos da Prefeitura municipal, a primeira Assistente Social nesta área foi contratada no mês de janeiro de 2009, para atuar na Central de Regulação, quando esta foi implantada, coordenando a equipe e os serviços ofertados por esta Central: atendimento ao público, agendamento de transportes, marcação de consultas dentro e fora do município, e regulação de pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A profissional ocupou estas funções até o mês de maio de 2009, quando o gestor municipal da política de saúde foi exonerado do cargo, passando a profissional a assumir o posto de Secretária Municipal de Saúde desta data até 18/03/2010.

Neste período a instituição ficou sem profissional do Serviço Social para atendimento aos usuários, já que ao ser remanejada para a gestão, a profissional teve que ocupar outras funções inerentes ao cargo de gestor da política municipal de saúde, principalmente pelo conturbado estado que se encontrava esta política, com pouco mais de um ano de governo, a gestão da saúde já estava sendo ocupada pela terceira pessoa, o que implicava em

enfraquecimento da política de saúde, pois as metas e os planos acabavam por não serem cumpridos.

Outra profissional do Serviço Social para atuação privativa do Serviço Social foi contratada no mês de abril de 2010 para atuar também na Central de Regulação, porém em agosto do mesmo ano, foi realocada para o Centro de Apoio Psicossocial – CAPS do município, onde permaneceu até o mês de outubro de dois mil e dez. Após este período, não se tem registro de outro profissional do Serviço Social ocupando o cargo de assistente social na Secretaria Municipal de Saúde, a exceção do cargo de gestão. O que se tem nos registros é que no mês de março de 2011, outra profissional do Serviço Social foi contratada para o CAPS por 20 horas de trabalho semanal, sendo que entre estas horas, 04 ela atuava como assistente social da Secretaria Municipal de Saúde⁵⁷, permanecendo no cargo até outubro de 2012.

Foram muitas idas e vindas de assistentes sociais atuando nas instituições de saúde do município de Muritiba, e na gestão também se apresenta esta troca constante de profissional, pois em quatro anos de um só governo, após a profissional do Serviço Social que ocupou o cargo durante o período de junho de 2009 à 18/03/2010, outra profissional de Serviço Social teve uma atuação relâmpago na gestão municipal da política de saúde, entre março e abril de 2010, mês no qual a gestão foi novamente assumida por outra profissional do Serviço Social, que ocupa o cargo até os dias atuais.

O histórico da Instituição aponta que três profissionais do Serviço Social já ocuparam o cargo de gestão municipal da política de saúde. A pesquisa realizada na época trouxe um dado interessante de que nenhum destes profissionais possuía experiências anteriores no cargo, mas já atuavam no município em áreas diversas das políticas sociais, ou seja, o trabalho e a competência profissional já eram conhecidos do gestor público municipal.

Assim se dera a inserção profissional do assistente social na política municipal de saúde de Muritiba, sobretudo na gestão desta política, em um município que assim como demais pequenos municípios dos interiores, tem galgado a passos lentos o caminho da descentralização da política de saúde, que ainda restringe-se a descentralização “no plano físico territorial” (LOBO, 1998, apud STEIN, 1997 p. 81).

Ao adentrar o campo de estágio, este cenário logo foi descortinando-se a partir do comportamento presente nos funcionários da instituição, sobretudo nas palavras da

⁵⁷ Infelizmente, devido ao tempo limitado para o qual foi contratada, a sua atuação na Secretaria Municipal de Saúde, limita-se a atendimento de demandas emergenciais dos usuários, realizando pareceres e laudos sociais para disponibilização de órteses, próteses, óculos, medicamentos e fraldas descartáveis.

profissional do Serviço Social que ocupava o cargo de gestão da política municipal de saúde, sempre exaltando que sua exoneração no cargo poderia ocorrer a qualquer mudança de possíveis alianças políticas.

Para à reflexão sobre este cenário, resgata-se Iamamoto (2009c, p. 125), quando a autora discorre sobre a necessidade do profissional neste campo, se apropriar de conhecimentos sobre o “contexto político e constitucional da gestão governamental; aprendizado para agir sob ‘constante pressão política’; habilidade para atuar dentro de metas pré-fixadas por lei, em estruturas organizacionais sob o controle do sistema jurídico”, entendendo assim, que os cenários políticos, econômicos e sociais, movidos e moventes das políticas sociais estão em constantes movimentos.

Neste interim (final do ano de 2010), o município estava passando por um período delicado devido à proximidade ao final de ano, época de apresentação das contas do município para aprovação no Tribunal de Contas da União (TCU), sendo que o município estava com 67% de seu orçamento direcionado às despesas com pessoal, e o limite permitido era de 54%. Este fato levou a remanejamento de profissionais, demissões de funcionários e diminuição de salários, para reduzir os números na folha de pagamento. Parte das demissões couberam à própria gestão da saúde indicar setores e profissionais que poderiam sofrer cortes, afetando o mínimo possível o sistema de saúde municipal⁵⁸.

Além da contenção de despesas que a prefeitura necessitava fazer para adequar o orçamento as exigências do TCU, ficara perceptível, que algumas demissões se deram por quebra de acordos políticos após as eleições⁵⁹, como a não continuidade da parceria entre o município e uma Fundação que administrava uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em um distrito do município⁶⁰.

Nesta guerra política, quem saiu prejudicado foi o cidadão que se viu de uma hora para outra, sem os já tão precários serviços de saúde e os funcionários que recebiam via

⁵⁸ Estes informes fragilizaram ainda mais as relações de trabalho entre gestor da saúde e funcionários, já que nem sempre ficavam claros os motivos da ação.

⁵⁹ O decreto exonerando funcionários com cargos e os contratados fora baixado pelo gestor público municipal no dia 08/10/2010, porém alegando feriadados, os profissionais não foram notificados nesta data, só repassando a informação a partir do feriado do dia 12/10/2010. O que leva a crer que se esperou passar as eleições do dia 10/10/2010, para só então notificarem os funcionários. Até a data de 15 a 20/10/ 2010, ainda se faziam reuniões e convocações para informar as demissões.

É importante ressaltar que transpareceu, devido às discussões entre funcionários e gestores, que nenhum dos funcionários demitidos recebeu pelos dias trabalhados além da data do decreto.

⁶⁰ Segundo alguns relatos de funcionários, o motivo do rompimento deste contrato se deu por que o candidato que essa instituição apoiava para Deputado Estadual, não recebeu apoio do Gestor Municipal. No dia posterior a eleição, em que o candidato da Fundação saiu vitorioso, cortou-se imediatamente o contrato com o município, alegando contenção de despesas.

instituição, desempregados com aquela célebre frase de conformação “*é só neste período, no ano que vem todos estarão de volta*”, como se o trabalhador que sobrevive de seu ínfimo salário pudesse esperar até o ano que vem, ou ainda, como se a população pudesse deixar para adoecer no próximo ano.

Estas ações fragilizaram ainda mais o sistema de saúde que passou a contar com menos profissionais e exigiu da gestão conhecimentos técnicos e políticos para “driblar” problemas que perfazem uma gestão municipal de saúde, aliando conhecimentos inerentes a sua profissão, a noções administrativas (planejamento, organização, coordenação, controle, avaliação). Ação difícil quando conceitos tradicionais de gestão e quantidades excessivas de burocracias se fazem enraizados na administração pública.

O período de estágio foi um momento de efervescência da política de saúde no município, pois neste ano afloraram-se os reflexos das constantes mudanças de gestores desta política, já que muitas das ações estavam com prazos vencidos ou a vencer e tinham que acontecer ou o município sofreria cortes nos repasses de verbas estaduais e da união, a exemplo de unidades de saúde que se encontravam sem médicos já há três meses; adequação das unidades Hospitalares de acordo com as exigências da Vigilância Sanitária; a adesão a Planos, Políticas e Programas do Ministério da Saúde; atendimento às demandas do Conselho Municipal de Saúde, que se mostrou um Conselho atuante; a urgência na realização da Conferência Municipal de Saúde que já findava o prazo para sua realização; e diante deste cenário estava a falta de recursos humanos suficientes para atender o sistema, já que nos últimos acontecimentos, mais de cem funcionários da rede municipal de saúde foram demitidos, estando os demais profissionais, trabalhando no sistema de revezamento entre as unidades de saúde⁶¹.

O espaço da gestão se mostrou sempre muito dinâmico, em que apesar da construção da agenda semanal da gestora, eram constantes as reuniões extraordinárias ou reuniões que se desdobravam em outras reuniões, seja com as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), com os Colegiados de Secretários Municipais de Saúde, (COSEMS), com as equipes de saúde do município, ou ainda com a necessidade constante de visitas aos postos de saúde e ampliação dos dias de atendimento direto aos usuários diante das urgências com que se apresentavam as demandas⁶².

⁶¹ Até o final de maio de 2011, o quadro de pessoal já tinha se regularizado.

⁶² Apesar de todas as Coordenações e setores que atendiam as demandas dos usuários, a Secretária Municipal de Saúde, atendia-os pessoalmente, uma ou duas vezes por semana.

Durante o atendimento aos usuários, ocasião em que quase sempre estava presente, na condição de estagiária, podia se perceber as fragilidades da saúde pública municipal, principalmente no que concerne ao trabalho em rede da estrutura interna da política de saúde, em que, no máximo se trabalha em equipes multidisciplinares devido às exigências de algumas políticas, e em sua rede externa, sem conexão com outras Secretarias da esfera municipal, interagindo apenas com a Secretaria de Transporte para agendar as viagens dos usuários em tratamento fora do município, pois a instituição não possui frota suficiente para a demanda, e com o departamento de compras, já que mesmo que a verba da saúde seja através de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, todas as compras e pagamentos efetuados pela instituição passam pela contabilidade da prefeitura, não havendo na Instituição, um setor próprio para sua contabilidade, este por sinal, era motivo constante de discussões nas reuniões, quando se tinha que prestar contas dos valores gastos em algum programa ou projeto, pois eram condensadas em uma só conta do Fundo Municipal de Saúde, todas as entradas e saídas de recursos.

Desconexão também era visível com outras políticas, a exemplo da Política de Assistência Social, que apesar de em conjunto com a Previdência Social serem apontadas na Constituição Federal de 1988, como o Tripé da Seguridade Social Brasileira e tendo em comum os mesmos usuários fragilizados diante do aprofundamento das expressões da questão social, ao menos neste município de análise, a única ligação visível estava na disponibilização de algumas cotas de exames, em troca do empréstimo de um transporte uma vez por semana, para visitas domiciliares aos pacientes acamados, sendo este veículo, remanejado entre as Unidades de Saúde da Família do município, na sede e na zona rural.

O olhar sobre esta problemática descortinou que a articulação intersetorial e a interdisciplinaridade, que possa possibilitar uma “abordagem de forma ampla da problemática social” (RODRIGUES, 2011, p. 03), constituem-se em um dos grandes desafios a serem enfrentados, não só pela política de saúde, mas pelas políticas sociais públicas, que continuam a não pensar, olhar, tratar, agir, para com os usuários na perspectiva da sua totalidade.

Assim o profissional, além dos próprios dilemas internos a profissão, que embora aponte a gestão e administração de planos, programas e projetos da área social como competência profissional do assistente social, apenas o aproxima, durante a graduação, de forma fragmentada desta possibilidade, deixando esta formação para programas de pós-graduação, tendo o profissional ainda que lidar com essa conjuntura política, que dificulta a sua ação em prol dos usuários do sistema público de saúde e da classe trabalhadora.

Mas é certo também que este cenário apesar de dificultar, não impossibilita a criação de estratégias para tais objetivos, pois ao mesmo tempo em que cria limites para efetivação destes objetivos, a própria conjuntura política, econômica e social pode revelar inúmeras possibilidades para àqueles que souberem buscar as oportunidades. E o conhecimento das legislações pode respaldar diversas ações positivas para a garantia de direitos.

Desenvolver estas ações, não é transformar os espaços meramente como ‘onde todos têm direito a voz e voto’, pois esses espaços, na maioria das vezes, como discorre Maia (2005), configuram-se em espaços em que a sociedade civil se encontra coagidoaa se manifestar, mas é pensar na construção de uma gestão pública transparente, que instrumentalize a sociedade civil para se posicionar, possibilitando decisões que realmente privilegiem o coletivo.

A experiência da convivência com este cenário levou a reflexão, de que apesar do atendimento das demandas e prioridades serem estabelecidas pela instituição empregadora, o espaço de gestão pode se apresentar como possibilidade efetiva de construir ações direcionadas para usuários e a classe trabalhadora, proporcionando melhorias às condições de trabalho, fomentando, dentro das possibilidades, capacitações (cursos, oficinas, experiências vivenciadas, etc.), intervindo junto aos poderes públicos para a implantação e fortalecimento de planos de cargos, carreiras e salários e abertura para que as decisões sejam construções coletivas com diálogo aberto e participativo, “um diálogo que busque o consenso sem apagar as diferenças” (ÁVILA, 2001. p, 02). Favorecendo ainda, ações que democratizem o acesso à saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, assim como preconiza a Constituição Federal de 1988, respeitando a autonomia do usuário, descentralizando internamente os serviços para o território de abrangência dos sujeitos, evidenciando a importância da perspectiva de diferentes atores no processo saúde/doença, dentre eles, diferentes profissionais que proporcionem uma visão macrossocial da sociedade; fomentando participações nos Conselhos de Direitos, de forma democrática e atuante e contribuindo com a criação de Conselhos de bairros e Conferências participativas e descentralizadas.

Os municípios interioranos estão, em sua grande maioria, em fase primária de ampliação de direitos, mas transformar estes direitos que estão descritos na lei em direito efetivo, ainda requer uma grande escalada devido ao perfil que ronda os arranjos políticos legitimado por uma herança histórico-cultural e social de poder.

Superar as tradicionais formas de gestão, com a prática de uma gestão democrática, voltada para emancipação do sujeito, garantindo o acesso aos serviços de forma equânime e

igualitária, “com efetiva participação dos cidadãos historicamente excluídos dos processos de distribuição das riquezas e do poder” (MAIA, 2005, p.16), poderá demarcar o espaço da gestão como campo de atuação profissional para o Serviço Social, gerando possibilidades para a efetivação dos direitos dos usuários do sistema público de saúde, ao mesmo tempo em que poderá fortalecer o projeto ético-político profissional, na medida em que fortalece a autoimagem da profissão.

4 NOTAS CONCLUSIVAS

Diante do exposto, ao qual o caminho metodológico nos direcionou, o presente trabalho intitulado ‘**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Reflexões sobre a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde**’, buscou discutir, através de uma demarcação histórica, fatores que impulsionaram a inserção profissional do assistente social na gestão da política municipal de saúde, apresentando como ponto alto desta discussão, as modificações propostas na Constituição Federal Brasileira de 1988, pois foi a partir da ampla abertura no campo dos direitos civis, políticos e sociais da população, sobretudo dos deveres do Estado para com esta, que se reforçou a atuação profissional do Serviço Social na saúde, pelo seu perfil profissional de luta em defesa dos direitos, assim como também, foram os textos indicativos na Carta Magna, sobre a necessidade da descentralização das políticas sociais a fim de serem respeitadas e atendidas às disparidades econômicas, culturais e sociais das diferentes regiões do Brasil, que impulsionou a atuação profissional dos assistentes sociais nos municípios.

Dando continuidade a esta análise, visualizou-se que a descentralização das políticas sociais, aprofundada a partir de 1990 com o adensamento das políticas neoliberais adotadas pelo Estado, e a transferência da gestão das políticas para os municípios, exigindo a necessidade de gestores capacitados para o cargo, abriu espaço para diferentes perfis profissionais, dentre eles o profissional do Serviço Social, que atentos às mudanças societárias e compromissados com a luta por políticas sociais que respondessem as necessidades da sociedade, passaram a assumir novas demandas que colocaram a profissão em novas frentes de trabalho, indo além de “profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas”, (IAMAMOTO, 2009a, p.20), para tornar-se também responsável por planejar e gerir estas políticas.

Porém, apesar desses fatores respaldarem a inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, as pesquisas bibliográficas e análise desta competência profissional em prática, revelaram que essa não é uma atividade que se torna diretamente operativa, ou seja, que todo assistente social, ao graduar-se, esteja automaticamente preparado para atuar na gestão de uma política municipal de saúde⁶³. Descortinando assim, desafios a serem enfrentados pelos profissionais compromissados com a

⁶³ Lê-se: para gestão de qualquer outra política social.

emancipação dos sujeitos que acessam esta política, assim como também, a exigência de conhecimentos sobre alguns condicionantes imprescindíveis para efetivação de uma gestão que prive pelo social⁶⁴.

A partir da apreensão teórica de obras que apontam nesta direção, como as de Iamamoto (2009c) e Teixeira (2009), se pode indicar os seguintes condicionantes: aprofundamento de conhecimento sobre a realidade econômica, social e política do município e atualização profissional constante, para tornar-se capaz de avaliar a dimensão de sua intervenção, desenvolver maturidade teórico-metodológica para conhecer os contextos de uma gestão pública e transformar desafios em possibilidades, fazendo destes espaços, local onde o poder de decisão seja dividido entre todos os envolvidos.

Nesta direção, Iamamoto (2009c, p. 125) sinaliza, que para o profissional do Serviço Social conseguir atuar neste contexto “político e constitucional da gestão governamental”, faz-se necessário superar as deficiências causadas pela graduação generalista, enfatizando a busca da qualificação de modo contínuo, no intuito de vencer os meandros políticos, econômicos e sociais que envolvem a gestão de uma política social. Indicação reforçada por Teixeira (2009, p. 554), ao destacar que para o assistente social, ao assumir novas responsabilidades e novos espaços ocupacionais de atuação profissional, “se impõe exigências de expansão qualitativa e quantitativa de conhecimentos no campo teórico e prático”.

Utilizar-se do constante processo de atualização profissional, valendo-se da histórica vinculação do Serviço Social com as políticas sociais e sua capacidade de mobilização social (Matos, 2009), além de contribuir com a demarcação do espaço da gestão municipal da política de saúde como campo de trabalho efetivo para o assistente social, permitirá ao profissional acompanhar a evolução das políticas sociais e superar desafios frequentes na efetivação destas políticas.

Neste tocante, é o caso da problemática da intersetorialidade, que se bem trabalhada, poderá ser um fator positivo para agir em alguns dos maiores desafios de implementar/gerir uma política social, sobretudo a política municipal de saúde, como a já tão conhecida falta de recursos humanos e financeiros, pois segundo Rodrigues (2011), articular-se intersetorialmente, seja internamente ou dialogando com as demais políticas, poderá amenizar estes problemas à medida em que o processo de intersetorialidade possibilita o compartilhamento de responsabilidades, ao mesmo tempo, em que ajuda a definir atribuições.

⁶⁴ Estas exigências se apresentam em igual teor, para todas as categorias profissionais que estejam compromissadas com o acesso democrático aos serviços.

Assim, estas foram às elocuições decorrentes da inserção no campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Muritiba/BA, tendo uma assistente social na gestão da política municipal de saúde, em que as pesquisas bibliográficas e a vivência do estágio, revelaram a abertura deste campo para o profissional do Serviço Social, podendo ainda, arriscar a afirmação de que vem se tornando emergente, enquanto espaço de atuação profissional para o assistente social, por apresentar as duas variáveis, em que segundo Matos (2009), indicam que uma temática é emergente no interior de uma profissão, sendo: a demanda – que é o espaço a ser ocupado; e a resposta do profissional a esta demanda, ou seja, a ocupação do espaço pelo profissional.

Sem pretenciosismo, anseia-se que ao discorrer sobre a temática, - embora circunscrita territorialmente no município de Muritiba/BA, - construída através do processo dialético em que a realidade vivenciada no estágio dera vida às inquirições, possa situar os leitores quanto à inserção profissional do assistente social na gestão municipal da política de saúde, práticas, desafios e possibilidades que possam advir desta inserção, ao mesmo tempo em que, possa suscitar questões fundantes junto ao segmento discente do Serviço Social, gerando discussões que possam contribuir para a formação profissional dos graduandos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JR., Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. In: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000. p. 85-91.

ANDRADE, Fabrício Fontes de; **Regimes de proteção social na América Latina: modelos e tendências recentes**. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/2676/3121>. Acesso em: 24/11/2012.

ARRETCHE, Marta. **Mitos da Descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Revista Brasileira de Ciências Sociais. nº31. 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/content/view/108/54/> Acesso em: 10/01/2012.

ÁVILA, Célia Maria de. **Gestão de Projetos Sociais**. 3 ed. São Paulo: AAPCS – Associação de Apoio ao programa Capacitação Solidária, 2001. (Coleção Gestores Sociais).

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Acolhimento Pedagógico: Guia do facilitador**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2011.

BEHRINHG, Elaine Rossetti. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009. p. 301-322.

_____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e historia**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Trad. Carmen C, Variale [et al]; Vários Colaboradores - Brasília: Universidade de Brasília, 11 ed., 1998. Vol. 1: 674 p. (total: 1.330 p.). Obra em 2 v. Disponível em: <http://pt.scribd.com/Camila_Soares_3883/d/50101400/101-Descentralizacao-e-Centralizacao>. Acesso em: 18/12/2011.

_____. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORGATO, Cássia Takazono; ALVES, Dolores Duarte; OLIVEIRA, Juliene Aglio. **A gestão na perspectiva democrática: o profissional de Serviço Social como gestor**. Disponível em:

<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/882/861>>
> Acesso em 12/01/2012.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social na América Latina**. In: *Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. **Municipalização da saúde**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126>. Acesso em:
11/12/2010.

_____. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: CONASEMS, 2009. 200p.

_____. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Saúde nas Fronteiras: Estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007. Relatório final. VI. Disponível em:
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/relatorio_cnpq.pdf> Acesso em:
20/05/2012.

_____. **Seguridade Social**. In: Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em:
http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.shtm. Acesso em: 03/03/2012.

_____. **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **IBGE CIDADES**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292230#>>. Acesso em:
18/05/2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. [et al], (organizadoras). **Saúde e Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortes; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

CANÇADO, Airton Cardosos; TENÓRIO, Fernando Guilherme; PEREIRA, José Roberto. **Fundamentos Teórico-Metodológicos da Gestão Social**. I Colóquio de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração. Florianópolis-SC-Brasil. Março/2011.

CARDOSO Jr, José Celso; JACCOUD, Luciana. **Políticas Sociais no Brasil**: organização, abrangência e tensões da ação estatal. Cap. 5. 181-261. In: *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luís de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. **Quem são os Gestores Municipais de Saúde no Rio Grande do Norte? Um estudo sobre o perfil**. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. Núcleo De Estudos Em Saúde Coletiva. Observatório RH NESC/UFRN. Disponível em: <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPerfil.php?codigo=400>>. Acesso em: 12/01/2012.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

_____; Resolução Nº 273/93. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. 1993.

COLMÁN. Evaristo. **O que é o Serviço Social?** Vigência de um “velho problema e desafio para a formação profissional”. In: *Serviço Social em Revista*. V. 1, n. 1-jul/dez. Londrina: Ed. UEL. 1998. p. 14-22.

DELUIZ, Neise. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação**: Implicações para o Currículo. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm> > Acesso em 20/12/2011.

FERNANDES, Antônio Sérgio; BORGES, André. **Ideias fora do lugar**: O neoliberalismo como categoria de análise das políticas sociais no Brasil. O&S. v. 15. n. 46. Julho/setembro. 2008, p. 13-37.

FIGUEREDO, Antônio Macena de; SOUZA, Soraya Riva Goudinho de. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses**: da redação científica à apresentação do texto final. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FLEURY, S. 2003. **Políticas sociais e democratização do poder local**. In : VERGARA, S. C. & CORRÊA, V. L. A. (orgs.). 2003. *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho. **Definindo gestão social**. 2008. p.26-36. In: SILVA Jr., Jeová Torres; [et al]. (Org.) *Gestão Social: práticas em debates, teoria em construção*. Livro 1. Coleção ENAPGS. v.1. 2008. Disponível em: <<http://gestaosocial.paginas.ufsc.br/files/2011/07/Livro-1-Cole%a7%a3oEnapegsV1Gest%a3oSocialPraticasDebatesTeoriasConstru%a7%a3o.pdf>>. Acesso em 15/02/2012.

GRECO, Rosangela Maria; BERTOLOZZI, Maria Rita. **As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev.Esc.Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>. Acesso em: 21/01/2012.

GUERRA, Yolanda; BRAGA, Maria Elisa. **Supervisão em Serviço Social**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. –Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009a. p, 15-50.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009b. p,341-376.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2009c.

_____; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 24 ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. **O trabalho do assistente social**. In: *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2008b. p. 414 - 432.

_____. **A Questão Social no Capitalismo**. In: Revista Temporalis/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano II, n.3, jan.-jun, 2001, p. 09-32.

IBGE, Histórico. **MURITIBA**. Disponível em: <<http://www.muritiba.ba.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?IdMun=100129269>>. Acesso em: 15/11/2011.

ISKANDAR, Jamil Ibrahim. **Normas da ABNT: comentadas para trabalhos científicos**. 3ª edição. Curitiba: Juruá, 2008.

LARA, R. **O Serviço Social e os descaminhos da pesquisa na Universidade “moderna”**. Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, ano 3. n 6, 2007.

LUKACS, Georg. **O Que é o Marxismo Ortodoxo?** In: *História e Consciência de Classe*. Porto, Elfos, 1989.

MAIA, Marilene. **Gestão Social** – Reconhecendo e Construindo referenciais. Revista *Virtual Textos & Contextos*, n 4. Ano IV. Dez. 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1010/790>. Acesso em: 15/01/2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. 3. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. 7 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Erivelto. Pires. **O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo no Processo Decisório (1997-2000)**: Um estudo exploratório. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002. Disponível em: < <http://teses.ict.fiocruz.br/pdf/martinsepm.pdf> >. Acesso em: 20/05/2012.

MATOS, Maurílio Castro de. **Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009, p. 513-530.

MIOTO, Regina Célia; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde**: desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. P. 221-243.

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: MOTA, Ana Elisabete; et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm >. Acesso em: 03/08/2012.

MIRANDA, Denismar Borges de; GUIMARÃES, Irací Gonçalves; ALVES, Elioenai Dornelas. **Representações sociais da Descentralização do SUS**: Perspectivas dos Gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. In: *Revista Baiana*. V33, n3, 2009. P. 349-360. Disponível em:

<<http://www1.saude.ba.gov.br/rbsp/pdf/Revista%20Baiana%20v33%20n3%202009.pdf>> .
Acesso: 24/05/2012.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade Social Brasileira**: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

MURITIBA. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Prefeitura Municipal de Muritiba; Secretaria Municipal de Saúde. 2010. (MÍMEMO).

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Vânia Aparecida Rezende de; CANÇADO, Airton Cardoso; PEREIRA, José Roberto. **Gestão social e esfera pública: aproximações teórico-conceituais**. CADERNOS EBAPE. BR, v. 8, n. 4 artigo 3, Rio de Janeiro; FGV. Dez. 2010. p. 613-626.

PAIM, Jairnilson Sila. **A Reforma Sanitária e a Municipalização**. Saúde e Sociedade. Vol.1. São Paulo 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/03.pdf>>.
Acesso em: 11/12/2010.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Política, planejamento e gestão em saúde**: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública: Salvador/BA, 2006, p. 73-78.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, Modelos Assistenciais E Vigilância Da Saúde**. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf. Acesso: em 21/12/2011.

_____; **A Gestão do SUS no Estado da Bahia**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1989. V.5, n.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1989000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 30/07/2012.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social**: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2008 a.

_____. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: *Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008b.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal.** In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

_____; WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional.** In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2004. p. 5-32.

RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo. **A intersectorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência Social pós constituição brasileira de 1988.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. São Luís/Maranhão, 2011.

RONCONI, Luciana Francisco de; **Os dilemas gerenciais do Serviço Social.** S/D. Disponível em: http://www.portalsocial.ufsc.br/publicacao/dilemas_gerenciais.pdf. Acesso em: 12/01/2012.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do Assistente Social na saúde.** El trabajo del Asistente Social em la Salud. CIÊNCIA ET Praxis. V.1, n.2, 2008.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da Seguridade Social brasileira: entre a política e o mercado.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Maria Ozanira da Silva [coord.]. **O Serviço Social e o popular: resgate teórico metodológico do projeto profissional de ruptura.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Sida da. **Caracterização do Campo de Estágio Supervisionado em Serviço Social.** Colegiado de Serviço Social. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. 2010. (MÍMEO).

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez. 2007.

SOBRINHO, Luiz Carlos Pinto; MOURA, Fabiana. **Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública. 167-192. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2//capitulo_restante.pdf. Acesso em: 20/05/2012.

SOUZA, Eda Carla Lucas de. **A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais**. RAP. Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 77-88, 2002.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. S/D. Disponível em: [http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O Sistema Publico de Saude Brasileiro.pdf](http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O%20Sistema%20Publico%20de%20Saude%20Brasileiro.pdf). Acesso em: 11/01/2012.

SOBRINHO, Luiz Carlos Pinto; MOURA, Fabiana. **Identificação do perfil profissional dos responsáveis pela saúde nos municípios do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: ESP, 2006. Disponível em: < http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2//capitulo_restante.pdf>. Acesso em: 20/05/2012.

STEIN, Rosa Helena. **A Descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (Revisão teórico-conceitual)**. In: Revista Serviço Social & Sociedade. 1997. n. 54, ano XVIII. p. 75-96.

TAPAJÓS, Renato. **Política de Saúde no Brasil**. São Paulo: Tapiri Cinematográfica, 2006.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. **Formulação, administração e execução de políticas públicas**. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009, p. 553-574.

TEIXEIRA, Juliana Cristina; ARAÚJO, Priscila Gomes de; PIMENTEL, Mariana Pereira Chaves. **Reflexões sobre uma gestão pública adjetivada como social**. VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2010.

TENÓRIO, Fernando G. **Gestão Social: uma réplica**. Rev. Adm. MADE, ano 9, v.13, n2, p. 1-4. Maio/agosto, 2009.

_____. (Coord.). **(Re) visitando o conceito de gestão social**. In: *Gestão social: metodologia e casos*. 5 ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2007.

_____. **A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social (PEGS)**. Rev. Adm. Pública. Rio de Janeiro. Vol. 40. n 6. Nov/dez. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50034-76122006000600011> > Acesso em: 27/03/2012.

_____. **Gestão Pública ou Gestão Social?** Um estudo de caso. VII Congresso Internacional del CLAD. Lisboa-Portugal. 2002, p.8-11.

VASCONCELOS, Ana Maria de; [et al]. **Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social.** In: Saúde e Serviço Social. 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009. p. 48-76.

_____. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, Ana Elisabete; et al. (Org.). In: *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.* São Paulo: OPAS, OMS, MS, Cortez, 2006. Disponível em:
<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 03/08/2012.

VILAR, Rosana Lúcia Alves. **O estudo Sobre o Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte.** Porto Alegre: UNESC/UFRN, 2001. Disponível em:
<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t02.htm> Acesso: em 20/05/2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009a. p.143-164.

_____. **Fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do serviço social.** In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009b. p.143-164.