



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE DA AMAZÔNIA



SHYRLEN CRISTIANE DE OLIVEIRA SOUSA PINTO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS A PARTIR
DOS CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA NA CIDADE DE MANAUS**

MANAUS-AM
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE DA AMAZÔNIA

SHYRLEN CRISTIANE DE OLIVEIRA SOUSA PINTO

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS A PARTIR
DOS CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA NA CIDADE DE MANAUS

Dissertação elaborada pela mestranda Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto, sob a orientação da Professora Doutora Roberta Ferreira Coelho de Andrade, como requisito final para a obtenção do título de Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roberta Ferreira Coelho de Andrade

MANAUS
2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P659t Pinto, Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa
O trabalho do assistente social na atenção à saúde de crianças e adolescentes: demandas e respostas profissionais a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança na cidade de Manaus / Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto . 2021
203 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Roberta Ferreira Coelho de Andrade
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Trabalho profissional. 2. Atenção à saúde da criança e do adolescente. 3. Questão social. 4. Serviço Social. 5. Instrumentalidade. I. Andrade, Roberta Ferreira Coelho de. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

SHYRLEN CRISTIANE DE OLIVEIRA SOUSA PINTO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS
E ADOLESCENTES: DEMANDAS E RESPOSTAS PROFISSIONAIS A PARTIR
DOS CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA NA CIDADE DE MANAUS**

Dissertação apresentada à banca examinadora para defesa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional
Orientadora: Prof^a Dr^a Roberta Ferreira Coelho de Andrade

Aprovada em 28 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Roberta Ferreira Coelho de Andrade, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a. Vera Lúcia Batista Gomes, Membro Externo
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Hamida Assunção Pinheiro, Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas

Aos meus pais que nutrem a satisfação de ver os filhos no caminho da liberdade que o conhecimento promove.

Aos meus filhos Ivan Augusto e Maria Luísa, aos quais desejo que trilhem o caminho da busca por conhecimentos que revelem a possibilidade de dias melhores...

AGRADECIMENTOS

Agradecer é lembrar daqueles que nos apoiam nas travessias rumo a novos horizontes e a novas descobertas. Portanto, começo meus agradecimentos a Deus, por sempre me servir de refúgio quando sobre mim sobrevêm as tristezas e as incertezas e por ter sido Ele a fonte da confiança de que mais um sonho seria possível, desde que houvesse renúncias, compromisso e responsabilidade na caminhada e foi com essa determinação que me conduziu até aqui.

Meu agradecimento à Universidade Federal do Amazonas – UFAM, que me acolheu na Graduação e agora no Mestrado, através do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. A ela, todo o meu respeito e minha gratidão.

Gratidão infinita à respeitável professora orientadora, Dr^a Roberta Ferreira Coelho de Andrade, que suscitou em mim a capacidade para realizar esse trabalho, sempre me municiando com reflexões e conhecimentos voltados para o propósito do mesmo.

À minha família, em especial aos meus pais, meus filhos e ao meu esposo que, compreendendo os momentos de afastamento que o esforço exigia, não faltaram com palavras de apoio e demonstrações de carinho.

A todos os professores da graduação e da pós-graduação, sempre dispostos a trocar conhecimentos e a suscitar reflexões que permitam um salto para uma realidade mais justa e igualitária. De forma muito especial, meu agradecimento à Prof^a Dr^a Débora Rodrigues, que de forma inesperada foi vítima da tragédia humanitária gerada pela Covid-19. Que sua caminhada continue com muita luz e paz!

À turma 2019/1, a qual eu pertenço e tive o prazer de conviver dividindo medos e inseguranças diante do desafio de construir um trabalho de pesquisa. Saibam que realizamos um trabalho em um contexto absolutamente adverso de uma pandemia que continua a abater nossos sorrisos. Aos que conseguiram concluir suas dissertações, meus parabéns. Aos colegas que precisaram adiar sua conclusão, vocês também conseguirão. A todos preciso dizer que somos mais que vencedores! Minha solidariedade aos colegas de turma e aos professores que perderam familiares e amigos em decorrência da COVID-19.

Às amigas que o mestrado me possibilitou conhecer e cativar, Rosângela Costa, Clívia Costa, Vivianne, Evelyn, Bruna. Gratidão a todas vocês pelo companheirismo e pela gentileza em trocar conhecimentos e palavras de confiança nos momentos mais difíceis. Nesse espaço também tive a honra de me encantar com Mylena Alcântara e com ela almejar possibilidades de uma sociedade mais justa e igualitária, mas, infelizmente, também nos deixou em plena juventude, vítima da COVID-19. Que a paz e a luz sejam seus eternos guias!

Meus sinceros agradecimentos por mais uma vez poder estar com mestres tão especiais, como Yoshiko Sasaki, Socorro Chaves, Cristiane Bonfim, Débora Rodrigues, Marinez Nogueira e pelo privilégio de estar pela primeira vez com outras mestras, com elas podendo partilhar de reflexões que levarei para a vida profissional e pessoal: professoras Roberta Ferreira Coelho de Andrade, Lidiany Cavalcante, Hamida Assunção, Simone Baçal, professor Yunier, dentre outros.

À amiga Antônia Cosmo que tive a satisfação de conhecer durante a minha trajetória profissional e que, ao ouvir minha intenção de ingressar no mestrado, muito me incentivou na realização desse sonho.

Ao amigo Paulo Sérgio pelo apoio frequente na parte da informática.

Às assistentes sociais que atuam na defesa dos direitos de crianças e adolescentes que tão gentilmente aceitaram contribuir com suas experiências profissionais para a construção dessa dissertação.

Por fim, meu muito obrigada ao trabalho desempenhado pelas coordenadoras que estiveram à frente do Programa nesse momento de tantos desafios para a concretização do processo de ensino-aprendizagem. Apesar das incertezas, com maestria nos conduziram e nos apoiaram nessa caminhada, permitindo que hoje pudéssemos estar aqui agradecendo por mais essa travessia. A vocês, todo o meu respeito e admiração!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já tem a forma do nosso corpo e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares.

É tempo de travessia, e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

A pesquisa propôs-se a analisar o trabalho dos assistentes sociais na particularidade de um espaço de atenção à saúde de crianças e adolescentes, tendo como objetivo geral “analisar o trabalho do assistente social na atenção à saúde de crianças e adolescentes a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança – CAICs, com destaque às demandas dos usuários e às formas de intervenção profissional, e objetivos específicos: caracterizar a atenção à saúde de crianças e adolescentes na cidade de Manaus por meio dos CAICs; desnudar as expressões da questão social que se manifestam no espaço sócio-ocupacional dos CAICs e que demandam as respostas profissionais dos assistentes sociais; conhecer como se configura a instrumentalidade do assistente social no trabalho nos CAICs. O processo metodológico se deu por meio de pesquisa quali-quantitativa com dados obtidos através de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo, esta realizada por meio da aplicação de questionário *online* construído na plataforma *Google Forms*. O método adotado é o materialismo histórico-dialético, considerando a leitura ampla da realidade e a apreensão de suas múltiplas determinações. Os locais da pesquisa foram 8 CAICs e os sujeitos da pesquisa 10 assistentes sociais. Os resultados nos reportam a um cotidiano de trabalho em que os profissionais reconhecem a questão social como produto das desigualdades sociais, mas a apropriação enquanto objeto de intervenção profissional tem se dado, em sua maioria, pelo viés das requisições institucionais já instituídas enquanto respostas para os usuários dos serviços, apontando ainda que o planejamento das ações precisa contemplar o perfil dos usuários, embora 100% dos profissionais admitam conhecê-lo por meio da entrevista social. Outro resultado indica que as necessidades sociais requisitam a construção de estratégias que atuem sobre as demandas substantivas dos usuários, assim como ações político-organizativas voltadas para a apropriação das instâncias de controle social, na direção da mobilização dos usuários. Outros aspectos importantes expressam-se na compreensão de parte dos profissionais de que há uma dicotomia entre teoria e prática e o fato de reduzirem a instrumentalidade do trabalho profissional ao uso de instrumentos e técnicas.

Palavras-chave: trabalho profissional, atenção à saúde da criança e do adolescente, questão social, Serviço Social, instrumentalidade

ABSTRACT

The research proposed to analyze the work of social workers in the particularity of a space for health care for children and adolescents, with the general objective to "analyze the work of social workers in the health care of children and adolescents from Health Centers Comprehensive Child Care – CAICs, highlighting users' demands and forms of professional intervention, and specific objectives: to characterize the health care of children and adolescents in the city of Manaus through CAICs; to unveil the expressions of the social issue that are manifested in the socio-occupational space of the CAICs and that demand professional responses from social workers; know how the instrumentality of the social worker at work in CAICs is configured. The methodological process was carried out through qualitative and quantitative research, with data obtained through bibliographic, documental and field research, which was carried out through the application of an online questionnaire built on the Google Forms platform. The method adopted is the historical-dialectical materialism, considering the broad reading of reality and the apprehension of its multiple determinations. The research sites were 8 CAICs and the research subjects 10 social workers. The results refer us to a daily work in which professionals recognize the social issue as a product of social inequalities, but the appropriation as an object of professional intervention has occurred, in its majority, through the bias of institutional requests already instituted as answers to the service users, also pointing out that the planning of actions needs to contemplate the profile of users, although 100% of professionals admit knowing it through social interviews. Another result indicates that social needs require the construction of strategies that act on the substantive demands of users, as well as political-organizational actions towards the appropriation by professionals of social control instances and towards the mobilization of users. Other important aspects are expressed in the understanding of part of the professionals that there is a dichotomy between theory and practice and the fact that they reduce the instrumentality of professional work to the use of instruments and techniques.

Keywords: professional work, health care for children and adolescents, social issue, Social Work, instrumentality

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Mortalidade Infantil na cidade de Manaus entre os anos 2007 e 2017	62
Gráfico 02	Tipos de violência relatadas no espaço sócio-ocupacional dos CAICs	91
Gráfico 03	Estratégias para esclarecer acerca das atividades profissionais	121
Gráfico 04	Desafios na atenção à saúde de crianças e adolescente que impõem dificuldades ao trabalho do assistente social	127
Gráfico 05	Parâmetros adotados na elaboração do plano de trabalho	136

LISTA DE MAPAS

Mapa 01	Localização dos CAICs por Zona na Cidade de Manaus-AM	64
Mapa 02	Região Metropolitana de Manaus	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Estabelecimentos de saúde da rede estadual e municipal na capital por zona geográfica	54
Tabela 02	CAICs e seus respectivos atendimentos classificados por zona na cidade de Manaus (período: 01 jan. 2018 a 31 jan. 2018)	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Algumas ações, serviços e política de saúde voltadas para a atenção à saúde de crianças e adolescentes nos anos 2000	47
Quadro 02	Mortalidade infantil entre as regiões do país em número absoluto (2017) e taxa de mortalidade infantil por região do país (2016)	52
Quadro 03	População de 0 a 14 anos por Distrito Sanitário de Saúde de Manaus (SEMSA)	53
Quadro 04	Cobertura de Atenção Básica na cidade de Manaus implementada pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, vigente em novembro/19.	55
Quadro 05	Quadro 5 – Óbitos de crianças menores de 5 anos no Amazonas e por causas evitáveis por região do país	58
Quadro 06	Recursos Humanos cadastrados em Manaus por intermédio do SUS, segundo Cadastro Brasileiro de Ocupações - CBO 2002 – Competência referente à novembro/2019	60
Quadro 07	Centros de Atenção integral à Criança – CAICs distribuídos pelas zonas geográficas de Manaus	64
Quadro 08	Quadro 8 – Compreensão acerca do conceito questão social	84
Quadro 09	Origem dos problemas vivenciados pelos usuários	85
Quadro 10	Principais expressões da questão social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs	89
Quadro 11	Total de notificações de violência contra crianças e adolescentes de 0 a 14 anos realizadas por profissionais de saúde no período de janeiro a junho de 2021 na cidade de Manaus	90
Quadro 12	Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Manaus- Amazonas	95
Quadro 13	Total de médicos psiquiatras e psicólogos e assistentes sociais no Amazonas que trabalham pelo SUS referente a dados de maio/21	97
Quadro 14	Formas de contato com os usuários	104
Quadro 15	Demandas institucionais	107
Quadro 16	Demandas não condizentes com atribuições privativas, segundo as pesquisadas	110
Quadro 17	Demandas institucionais e sua negação enquanto atribuições privativas pelas profissionais	110

Quadro 18	Meios de conhecimento do perfil socioeconômico dos usuários	114
Quadro 19	Principais requisições dos usuários do Serviço Social nos CAICs	117
Quadro 20	Dificuldades que se impõem para a materialização do trabalho profissional.	125
Quadro 21	Leituras específicas de Serviço Social nos últimos 2 anos	132
Quadro 22	Meios de realização da capacitação profissional nos últimos 2 anos	133
Quadro 23	Responsáveis pela elaboração do plano de trabalho	141
Quadro 24	Propostas do Plano de trabalho das profissionais que dispõem de plano de trabalho	146
Quadro 25	Meios utilizados para desenvolver o trabalho profissional	154
Quadro 26	Entendimento de instrumentalidade no Serviço Social	159
Quadro 27	Conhecimentos/ferramentas que o profissional utiliza para realizar o trabalho no CAIC	160
Quadro 28	Referências utilizadas pelos profissionais para analisar as demandas profissionais	161
Quadro 29	Ações realizadas na rotina de trabalho	165
Quadro 30	Justificativas quanto à insuficiência das ações para responder à questão social	165
Quadro 31	Instituições ou políticas para as quais encaminha usuários ou realiza contatos	169
Quadro 32	Justificativas para escolha dos meios de trabalho	170

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
- AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAIC – Centro de Atendimento Integral à Criança
- CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CBO – Cadastro Brasileiro de Ocupações
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CPMI – Coordenação de Proteção Materno-infantil
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- EST. – Estadual
- ESTRADAS – Estudos de Sustentabilidade, Trabalho e Direitos na Amazônia
- FGV – Fundação Getúlio Vargas
- GECEM – Gerência de Especialidades Médicas
- IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LRP – Lei de Regulamentação da Profissão
- MEC – Ministério da Educação e Cultura
- ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
- ONU – Organização das Nações Unidas

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PNADC – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

MUN. – Municipal

PAC – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PROCAD – Programa Nacional de Cooperação Acadêmica

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PSF – Programa Saúde da Família

RMI – Rede Materno-infantil

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

SES-AM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I: A trajetória do sistema de saúde nos cuidados à criança e ao adolescente: um olhar sobre o direito à saúde	25
1.1 Saúde no Brasil: uma política em construção	25
1.2 A atenção à saúde de crianças e adolescentes no SUS	41
1.3 Atenção à saúde de crianças e adolescentes em Manaus	52
CAPÍTULO II: O trabalho dos assistentes sociais nos CAICs e as respostas às expressões da questão social: elementos para debate	69
2.1 O trabalho do assistente social em debate na saúde: socialmente necessário a que projeto societário?	69
2.2 As expressões da questão social que demandam o trabalho dos assistentes sociais nos CAICs	80
2.3 Demandas e respostas profissionais: o enfrentamento às expressões da questão social	100
CAPÍTULO III: Instrumentalidade do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs	131
3.1 Perfil profissional e acadêmico das assistentes sociais entrevistadas	131
3.2 Planejamento e organização do trabalho profissional: a intencionalidade do fazer profissional na atenção à saúde da criança e do adolescente	135
3.3 A instrumentalidade do trabalho profissional: intencionalidade e ação	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES	187
Termo Consentimento Livre e Esclarecido TCLE	188
Questionário para os assistentes sociais dos Centros de Atenção Integral à Criança	190
ANEXOS	196
Termo de anuência da SES-AM (CAIC Afrânio Soares)	197

Termo de anuência da SES-AM (CAICs Edson Melo, Ana Maria Braga e José Contente)	198
Termo de anuência da SES-AM (CAIC Alberto Carreira)	199
Termo de anuência da SES-AM (CAICs Rubim Sá e José Carlos Mestrinho)	200
Termo de anuência da SES-AM (CAICs Alexandre Montoril e Josephina de Mello)	201
Termo de anuência da SES-AM (CAIC Moura Tapajoz e Gilson Moreira)	202
Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM	203

INTRODUÇÃO

De acordo com Matos (2015), o trabalho do assistente social precisa ser discutido a partir do miúdo, do cotidiano para que seja explicitado se as respostas apresentadas às demandas profissionais estão concernentes com o projeto ético-político da profissão.

Entendemos ser o assistente social parte de um coletivo de trabalhadores na área da saúde, o qual tem como objeto de trabalho a questão social, assim como possui meios para desenvolvê-lo (conhecimento teórico e metodológico) e é guiado por um projeto ético-político que fundamenta uma teleologia do agir profissional e produz como resultado a interferência no processo de reprodução social e material da classe que demanda sua intervenção profissional (CARDOSO et. al., 1997).

Sendo a política de saúde um importante espaço sócio-ocupacional do Serviço Social (IAMAMOTO, 2015), decidimos pensar o trabalho do assistente social, a teleologia do fazer profissional e seus objetos de atuação, assim como suas determinações e como se expressam na imediaticidade dos fatos, mas sobretudo, que demanda substantiva subjaz à aparência do que se põe ao cotidiano das instituições que requisitam a intervenção do coletivo de trabalhadores (VASCONCELOS, 2015).

O interesse se dá pelo fato de que, estando inserida numa unidade de atendimento voltada para a atenção à saúde de crianças e adolescentes, na condição de assistente social, não localizamos pesquisa que evidencie o trabalho do assistente social nesse espaço, tampouco as expressões da questão social se manifestam no cotidiano do trabalho profissional e as respostas às demandas ali expressas, razão pela qual ocorreu o interesse em pensar o cotidiano do trabalho profissional, assim como as condições objetivas e subjetivas desse trabalho profissional (conhecimento da realidade social, meios de trabalho, instrumentalidade, mediações e saber teórico-metodológico e ético-político em consonância com os princípios da Reforma Sanitária) etc.

Além disso, é uma investigação associada ao Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (PROCAD Amazônia), por meio do qual o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) da Universidade Federal do Amazonas, desde 2018, em conjunto com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Universidade Federal do Pará (UFPA), desenvolve o projeto de pesquisa “A formação e o trabalho profissional do assistente social: aproximações e particularidades entre Amazônia e Sul do Brasil”. A esse programa de cooperação acadêmica estão vinculadas a pesquisadora e sua orientadora, as quais pertencem ao Grupo de Pesquisa e

Estudos de Sustentabilidade, Trabalho e Direitos na Amazônia (ESTRADAS), o qual desenvolve estudos sobre formação e trabalho profissional.

A delimitação da pesquisa é o trabalho do assistente social a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança, com destaque às demandas dos usuários e para as respostas profissionais. Os locais da pesquisa foram os CAICs, localizados na cidade de Manaus, Amazonas. Os sujeitos da pesquisa foram 10 assistentes sociais, escolhidos sob os critérios: ocupar o cargo de assistente social e ser estatutário e sob os critérios de exclusão: estar atuando no CAIC há menos de 6 meses e recusa ou impossibilidade (férias ou afastamento por doença ou outro motivo).

Dessa forma, decidimos analisar o trabalho do assistente social neste espaço sócio-ocupacional a partir da questão norteadora central “Como o trabalho do assistente social se configura no espaço sócio-ocupacional dos CAICs?”, com desdobramentos em questões específicas, a saber: 1) Como se caracteriza a atenção à saúde de crianças e adolescentes em Manaus? 2) Quais expressões da questão social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs são postas como demandas para o assistente social? Como se configura a instrumentalidade do assistente social no espaço sócio-ocupacional dos CAIC? Partindo desses questionamentos, delimitamos como objetivo geral: Analisar o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Integral à Criança e ao adolescente (CAIC) na cidade de Manaus, com destaque às demandas dos usuários e às formas de intervenção profissional e como objetivos específicos: caracterizar a atenção à saúde de crianças e adolescentes na cidade de Manaus por meio dos CAIC; entender as expressões da questão social que se manifestam no espaço sócio-ocupacional dos CAIC e que demandam as respostas profissionais dos assistentes sociais; conhecer como se configura a instrumentalidade do assistente social no trabalho nos CAICs.

A pesquisa foi conduzida na perspectiva teórica do materialismo histórico, considerando que a realidade é processual, histórica e que deve ser compreendida a partir de condicionantes sociais, culturais, econômicos e políticos num movimento de contradições internas tensionadas pela totalidade da realidade social, onde são gestadas as antíteses/questionamentos ao que está posto como realidade concreta.

Segundo Prates (2012), a referida perspectiva teórica propicia o desvelamento das contradições imanentes à constituição dos fenômenos estudados, além de tornar possível a apreensão das múltiplas determinações que o conformam, evidenciando que:

Marx apropria-se das categorias que emanam da realidade e volta a ela utilizando-as para explicar o movimento de constituição dos fenômenos, a partir de sucessivas

aproximações e da constituição de totalizações provisórias, passíveis de superação sistemática, porque históricas (PRATES, 2012, p. 117).

A partir dessa perspectiva teórica, buscamos apreender as múltiplas determinações que envolvem a realidade estudada: histórica, cultural, política e social que conformam sua configuração no espaço ocupacional onde atuam os sujeitos da pesquisa.

O método de análise foi o dialético, por ser capaz de dar conta do real desvelando suas contradições através da perspectiva de totalidade ao analisar o concreto no movimento do contexto global da realidade estudada. Em outros termos, o método dialético aduz que na realidade concreta do viver em sociedade os conflitos predominam sobre os consensos, sendo esta a explicação para que a realidade seja um constante vir-a-ser, num processo interminável que reconstrói o real sobre novas bases históricas gestadas nas contradições internas da realidade anterior.

O processo metodológico se deu por meio de pesquisa qualiquantitativa, com dados obtidos através de pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo. A pesquisa foi realizada por meio da técnica de aplicação de questionário *online* construído na plataforma *Google Forms*, atendendo às orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS, do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de pesquisa – (CONEP, 2020), esta última ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde – (CNS), que recomendam restrições sanitárias que incluem o distanciamento social em decorrência da emergência sanitária mundial ocasionada pelo SARS-CoV-2 (COVID-19).

À época do levantamento exploratório, os locais da pesquisa seriam os 12 CAICs da cidade de Manaus, com amostra de 16 profissionais, escolhidos de forma intencional por meio da fórmula para selecionar amostra em população finita que, no caso, seria sobre o universo de 18 profissionais pertencentes aos CAICs. Os sujeitos da pesquisa foram incluídos na pesquisa sob os critérios de ocupar o cargo de assistente social e ser estatutário e excluídos sob os critérios de estar atuando no CAIC há menos de 6 meses ou diante de recusa ou impossibilidade (férias ou afastamento por outro motivo).

Com o avanço da pandemia, alguns assistentes sociais precisaram afastar-se do trabalho por pertencerem ao grupo de risco ou pelo fato de terem sido acometidos pela COVID-19 nesse período. Dos 12 (doze) CAICs, obtivemos resposta por parte dos profissionais de 8 (oito) deles, sendo que 1 *locus* no momento da pesquisa estava sem assistentes sociais. Nesse sentido, sendo a amostra pequena, enviamos o questionário para todos que estavam em exercício na ocasião, totalizando 14 profissionais e recebemos a devolução de 10 questionários.

A pesquisa de campo foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAM, CAAE: 44430620.4.0000.5020, disponível para consulta no sítio eletrônico da Plataforma Brasil. A investigação também contou com autorização da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), conforme anuências anexas. A realização da pesquisa se deu no período de 26 de abril a 26 de maio de 2021 por meio de questionário *online*, em virtude da emergência sanitária mundial, que impôs a necessária adoção de medidas preventivas, como o distanciamento social. Por isso, os questionários foram enviados às pesquisadas por meio da plataforma digital *Google Forms*, contendo perguntas abertas e fechadas, com prévio contato por *WhatsApp*.

Devido ao contexto da pandemia somado à própria dificuldade que há em pesquisas no que pertine à devolução de questionários, não tivemos o retorno dos questionários no tempo desejado, sendo desafiadora a adesão dos participantes que, em meio aos seus afazeres, doaram um pouco do seu tempo à pesquisa, possibilitando a conclusão do estudo.

Os dados coletados foram organizados e categorizados para favorecer sua análise, que se deu a partir da análise de conteúdo, caracterizada como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados e que instiga o investigador a desvelar o latente, o não aparente e a decifrar o que foi dito e aquilo que não foi dito num processo de desocultação. (BARDIN, 2011).

A estrutura do trabalho a ser apresentado foi delineada em três capítulos. O primeiro capítulo, intitulado **A trajetória do sistema de saúde nos cuidados à criança e ao adolescente: um olhar sobre o direito à saúde**, tem como eixo central a trajetória de atenção à saúde no país, situando a atenção à saúde de crianças e adolescentes na cidade de Manaus. Para tanto, buscamos evidenciar no contexto brasileiro o surgimento das primeiras iniciativas destinadas ao atendimento às necessidades de saúde da população, o que nos remete à constatação de ações isoladas, voltadas primeiramente para a resolução de problemas sanitários para atender as elites brasileiras que chegaram a partir do século XIX, assim como, em momento posterior, ações de saúde endereçadas à massa de trabalhadores visando garantir os braços necessários para a acumulação de capital. Esse ranço de seletivização dos destinatários das ações e serviços de saúde encontra-se evidente na atual política de saúde brasileira, norteadas pela focalização da atenção em determinadas doenças e agravos e no comprometimento do direito universal de acesso à política pela população de modo geral.

No segundo capítulo, **O trabalho dos assistentes sociais nos CAICs e as respostas às expressões da questão social: elementos para debate**, discutimos a categoria trabalho como

central para entender o trabalho profissional, o qual revela os componentes presentes em todo processo de trabalho: objeto, meios e trabalho propriamente dito. Demonstramos que o Serviço Social expressa-se de forma peculiar em diferentes conjunturas sociais e históricas, mostrando não ser apenas produto da vontade dos sujeitos que vivenciam e constroem esta profissão, pois, vimos que o modo de ser da mesma comparece atrelado a exigências de conjunturas sociais, políticas e econômicas em diferentes momentos históricos, revelando-se, inclusive, em muitos momentos históricos, como funcional ao controle da resistência da classe trabalhadora, sem que houvesse por parte da categoria uma leitura crítica acerca do resultado do trabalho profissional, o qual sempre expressa uma escolha ético-política, mesmo que não tenhamos consciência disso. Essa possibilidade de o trabalho profissional ser um instrumento das classes dominantes precisa estar clara no fazer profissional, o que só é possível por meio de uma leitura crítica da realidade social da profissão, da intencionalidade do trabalho, dos valores que permeiam as respostas profissionais, pois romper com a razão instrumental que permeia a lógica do capital e que se espalha por todos os segmentos da sociedade, incluindo o Estado, requisita um profissional com formação de qualidade e que esteja disposto a manter um processo de formação continuada que não dicotomize teoria e prática.

Tendo essa clareza, as expressões da questão social perdem o seu verniz de naturalidade e isso possibilita ao profissional, por meio de várias mediações, apreender criticamente seus objetos de intervenção e, conseqüentemente, suas respostas profissionais frente às demandas dos usuários e das institucionais, as quais se particularizam nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

No terceiro capítulo, **Instrumentalidade do Serviço Social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs**, a discussão envolve o planejamento e a instrumentalidade do trabalho profissional. Nessa direção apontamos a importância de se ter a clareza do papel das atribuições e das competências profissionais, as quais, juntamente com o projeto ético-político da profissão, constituído pelo Código de Ética da Profissão, pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, contribuem para que o profissional seja capaz de responder às reais necessidades dos usuários das políticas e serviços sociais em que atuam. Essa clareza passa pela necessidade dos assistentes sociais evidenciarem “o que fazem”, “como fazem”, “por que fazem” e “pra quem fazem”, explicitando seus objetos de atuação e sua instrumentalidade, a qual é parte da dimensão técnico-operativa, mas não se limita a apresentar respostas de forma tecnicista, ou seja, descolada de teorias que realizem a leitura do real. Envolve os meios de trabalho, a intencionalidade que permeia a atuação profissional, as modificações ou resultados que se pretende alcançar e as escolhas políticas, as quais externam a adesão ao projeto societário

de uma das classes fundamentais, mesmo que o profissional se autoconsidere neutro e desprovido de interesses nesse processo.

Nesse sentido, a instrumentalidade do Serviço Social no trabalho profissional do espaço sócio-ocupacional dos CAICs nos remete à intencionalidade do trabalho, à articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, aos desafios impostos ao trabalho profissional, bem como o lugar dos instrumentos e das técnicas na intervenção profissional, evidenciando que a escolha dos mesmos não pode ser aleatória tampouco desprovida de valores que apontem para a concretização do projeto societário que atenda aos interesses da classe trabalhadora. Nesse propósito, historicamente, a profissão se vale de meios tradicionais e de outros que possa vir a criar, sendo imprescindível relacioná-los com os fins a alcançar e que sejam mobilizados de forma a permitir a participação dos usuários, o respeito à sua autonomia, aos seus valores e às suas escolhas.

Essa dissertação tem o propósito de contribuir com a produção científica sobre o trabalho do assistente social e oferecer subsídios para o aprimoramento do trabalho profissional voltado para o segmento geracional da criança e do adolescente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo que as ações cotidianas no interior das unidades de saúde não podem ser dissociadas da necessária compreensão das condições de vida e de trabalho dos usuários.

CAPÍTULO I

A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NOS CUIDADOS À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: um olhar sobre o direito à saúde

1.1. Saúde no Brasil: uma política em construção

De modo geral, de acordo com Behring (2009), o surgimento das políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa no século XIX a partir do momento em que os trabalhadores assumem um papel político dando visibilidade às expressões da questão social geradas pelo modo de produção capitalista, contudo, a generalidade das medidas de proteção social se dará no período pós Segunda Guerra Mundial acompanhada de variados padrões de proteção social, tanto nos países de capitalismo central, quanto na periferia, indicando que:

Tal variedade, quanto à cobertura, mais ou menos universal, padrão de financiamento (redistributivo ou não, contributivo ou não), [...] está relacionada às relações entre as classes sociais e segmentos de classe (ou forças sociais, como aponta Faleiros no seu claro texto de 1986), e condições econômicas gerais, que interferem nas opções políticas e econômicas do governo (BEHRING, 2009, p.14).

Excetuando a Lei Elói Chaves, datada de 1923 e considerada embrião da Seguridade Social brasileira, vemos que até a década de 1930 inexistia tradição de lutas organizadas capazes de pressionar os dirigentes do poder a instituir ações e serviços públicos que fizessem frente ao quadro de necessidades sociais, políticas e econômicas de um povo marcado pela cultura colonialista e escravista que alongaria seus reflexos, limitando o alcance dos direitos a serem construídos no Brasil.

Segundo Carvalho (2010), não tendo sido alcançada uma consciência de classe a partir das necessidades vivenciadas pela classe trabalhadora, o país conviveu com a acomodação de direitos forjados em governos autoritários, a exemplo da Era Vargas, o qual mesclava repressão e paternalismo, revelando ser a cultura da dádiva:

[...] a expressão política da nossa desigualdade social, mediante a relação de mando/subserviência cuja manifestação primeira se deu no âmbito do grande domínio territorial que configurou a sociedade brasileira nos primeiros séculos de sua formação (SALES, 1994, p. 1).

Conforme Carvalho (2010), no Brasil, observamos a constituição dos direitos sociais antes da vigência dos direitos civis e políticos, engendrando uma vasta legislação social no período de 1930 a 1945 em um ambiente com baixa participação política e precário exercício das liberdades individuais, como a liberdade de ir e vir, de pensamento, de expressão e de imprensa, o que comprometeu o desenvolvimento de uma cidadania ativa.

Percebemos que na esteira do avanço da legislação social brasileira no período acima citado, a política de saúde ingressa na agenda estatal a partir da década de 1930, sendo que, de acordo com Paim (2009), a política de saúde no Brasil, tal como a conhecemos no século XXI, constituiu-se a partir do Brasil-colônia com sua organização sanitária espelhada em Portugal, onde havia uma simplória divisão de responsabilidades entre a figura do cirurgião-mor, responsável pela saúde das tropas militares e o físico-mor, responsável pelo saneamento, pela profilaxia das doenças epidêmicas e pelos assuntos relacionados aos sujeitos envolvidos com atos de cuidados à saúde: médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, sendo a higiene das cidades de responsabilidade das autoridades locais, arcando as câmaras municipais “[...] com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos [...]” (PAIM, 2009, p. 26).

Complementa o autor que, a partir da Proclamação da República, o governo central repassou a responsabilidade das ações de saúde aos Estados, permanecendo a cargo do governo central através da Diretoria Geral de Saúde Pública atuar nos locais em que não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária dos portos.

No período em questão, o atendimento à saúde ficava sob a responsabilidade da filantropia e da caridade, do atendimento nas Santas Casas de Misericórdia e dos serviços médicos privados a quem podia pagar. Dessa forma:

A assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos pelas famílias ricas. Posteriormente eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual (PAIM, 2009, p. 26).

Iniciado o século XX, por volta da década de 1930, as ações de saúde eram marcadas pela separação entre as ações de saúde pública e assistência médico-hospitalar, com ênfase na realização de campanhas sanitárias voltadas para doenças específicas como a febre amarela, a tuberculose, lepra e varíola, onde a saúde era tratada como caso de polícia, evidenciado pelo fato de que o órgão que cuidava da saúde pública era vinculado ao Ministério da Justiça e

Negócios Interiores, associando as campanhas sanitárias à imagem de operações militares que compeliam a população a intervenções autoritárias de profilaxia e higiene, o que gerou:

No caso da saúde pública as críticas dirigidas às campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias possibilitaram o aparecimento de propostas de educação sanitária e de criação de centros de saúde” (PAIM, 2009, p. 30).

Evidenciam Bravo et. al. (2006) e Paim (2009) que, no início do processo de industrialização do Brasil, a saúde despontava como questão social, portanto, a exigir respostas do poder estatal, estimulado pelas novas demandas por serviços de saúde trazidas pela classe trabalhadora que se aglutinava nos centros urbanos em torno da economia cafeeira. Dessa forma, fazia-se necessário garantir a reprodução da força de trabalho para as necessidades do capital, naquela ocasião representado pela agroexportação da cultura do café impulsionado pelo quadro de assalariamento, industrialização e urbanização acelerados, sobretudo nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, locais em que emergem o poder político dos trabalhadores em prol de suas pautas.

Nesse sentido, na década de 1920 é criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão, vinculada aos ferroviários e que mais tarde se espalharia para outras categorias, como os marítimos e portuários. Esta caracterizava-se pela forma de financiamento tripartite: empregados, União e empregadores. A partir de então, de acordo com Cohn et. al. (1999), inicia-se um processo de dicotomia frente à prestação dos serviços públicos de saúde que, no dizer de Bravo et. al. (2006), passa a ser dividida em dois subsetores: saúde pública, vinculada às medidas de caráter coletivo, com ênfase para as campanhas sanitárias e a saúde previdenciária, voltada para as classes assalariadas urbanas, as quais passam a ser destinatárias “[...] de serviços de atenção médica individual, prestados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – Caixas de Aposentadorias e Pensões que por sua vez compravam serviços médicos do setor privado através do mecanismo de credenciamento médico”. (CONH et.al., 1999, p. 15).

Segundo Paim (1999), a partir da década de 1920 ocorre o início da medicina previdenciária através das CAPs, alcançando expansão a partir de 1930, quando foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Este criou um instituto para cada categoria de trabalhadores, operando verdadeira fragmentação na classe trabalhadora (BRAVO et. al., 2006). Em 1966, operou-se a unificação de todos os institutos em torno do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Dessa forma constatamos que:

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

Observamos que a ampliação do modo de produção capitalista, ao necessitar de mão de obra saudável para alavancar o processo de acumulação, fomenta, a partir de um pacto com o Estado, a prestação de serviços de atenção à saúde à classe trabalhadora, ao mesmo tempo que neutralizava o potencial organizativo dos mesmos em razão da aproximação propiciada pelo exercício de suas atividades laborativas e pelas semelhanças nas expressões da questão social vivenciadas.

Entretanto, tratava-se de um modelo de atenção à saúde desvinculado da concepção de direito do cidadão e de dever do Estado, cujo acesso se dava a partir da inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho, operando uma verdadeira diferenciação na possibilidade de acesso aos serviços de saúde, de forma que:

Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados e municípios (PAIM, 2009, p.33).

Segundo Bravo et. al. (2006), a política de saúde consolidou-se entre os anos de 1945 a 1964, coexistindo nesse período os dois modelos de assistência médica acima referidos, porém, com predominância do modelo de saúde pública até 1966, ocasião na qual foi suplantado pelo modelo de medicina previdenciária, onde, na conjuntura da ditadura militar instaurada em 1964, evidencia-se o incremento da compra de serviços de saúde da iniciativa privada, com claro privilegiamento do capital, a exemplo:

[...] do INPS, que passou a sustentar a iniciativa privada da assistência médica; e da política educacional, que teve como principal função preparar recursos humanos para o desenvolvimento econômico. Isso sem falar da intensificação da interferência das Agências Internacionais na definição de políticas sociais economicamente rentáveis, contribuindo, assim, para produzir as seguintes consequências: aumento da desigualdade social e recrudescimento de movimentos sociais autonomizados que foram alvo de forte repressão estatal (PEREIRA, 2011, p. 139).

Insta destacar que as profundas transformações pelas quais passava a sociedade brasileira com a acelerada urbanização e industrialização geraram o crescimento da demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, entretanto, o aumento da pressão pelos serviços previdenciários de saúde não era acompanhado pelo aumento da oferta da saúde pública, a qual ainda era de natureza campanhista e sanitarista, portanto, com tarefas e clientela distintas da saúde previdenciária (BRAVO et. al., 2006). Portanto, a medicina previdenciária não tendo expandido sua rede de atendimento na proporção do crescimento dos trabalhadores assalariados, pressiona o Estado a assumir a partir da segunda metade da década de 1970 a assistência médica individual (COHN et. al., 1999).

Segundo Bravo et. al. (2006) e Netto (2008), com a instauração da ditadura civil-militar¹ no Brasil em 1964, houve considerável privilegiamento do capital no tocante aos serviços de saúde privados em detrimento das ações voltadas para o campo da saúde pública, no entanto, ao longo da década de 1970 inicia-se a mobilização política em torno da pauta da Seguridade Social, fecundando igualmente o debate por parte da sociedade civil sobre melhores condições de vida para a população e com o apoio de diferentes atores sociais:

[...] Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais (PAIM, 2009, p. 39).

De acordo com Paim (2009), o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foi pela primeira vez apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1979 na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, evidenciando que o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceram da sociedade e não de partidos ou de governos. Resultaram da mobilização social de segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde, lideranças dos intelectuais da área da saúde coletiva, estudiosos da saúde pública e da medicina social, além de representantes de entidades, que, ao romperem com o corporativismo, fortaleceram o debate em torno da proposta da Reforma Sanitária, a qual preconizava a universalização do acesso, equidade, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a implantação de um sistema unificado de saúde visando um novo ordenamento do setor saúde a partir de um novo olhar sobre a saúde individual

¹ Para Netto (2008), instaurada em abril de 1964, a ditadura civil-militar contou com a participação de setores conservadores da igreja Católica, da burguesia industrial e financeira, dos latifundiários e foi responsável por conter direitos trabalhistas e sociais através da repressão orquestrada pelos militares silenciando parte das lutas em curso que pleiteavam as reformas de base como educação e reforma agrária.

e coletiva, além da descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, com participação e controle social.

Ganha relevo no interior do movimento da Reforma Sanitária a concepção dos determinantes sociais de saúde, os quais expressam a ideia de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS e PELLEGRINI-FILHO, 2007). Essa concepção ampliada de saúde, reforça a importância da consideração dos determinantes sociais no processo saúde-doença, conforme destacam Carvalho e Buss (2008) por meio do estudo empreendido por Friederich Engels no século XVIII, no qual evidencia que:

[...] Estudando a mortalidade entre crianças menores de 5 anos em Manchester, cidade industrial, Engels conclui que mais de 57% das crianças filhas de trabalhadores morriam antes de completar cinco anos, enquanto nas classes sociais mais favorecidas este percentual não chegava a 20% – sendo a média, considerando todas as classes sociais em todo o país, de 32% (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 148).

Percebemos que os determinantes da saúde são um mosaico expresso por uma dimensão estrutural que perpassa o modo de produção da sociedade, a inserção das pessoas no trabalho, no consumo e na cultura próprios de cada classe social, o componente individual, expresso pela condição biológica e estilo de vida; a possibilidade de acessar as tecnologias de saúde visando recuperação de doenças e de agravos. Dessa ótica decorre que:

[...] o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Cecílio (2009) evidencia que diferentes determinantes sociais de saúde geram diferentes necessidades de saúde, o que deve sempre remeter à análise do campo da gestão e das práticas em saúde para desvelar as necessidades postas nos espaços onde são implementados as ações e os serviços de saúde, entendendo:

[...] diferentes lugares ocupados por homens e mulheres nos processos produtivos nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes nos modos de adoecer e morrer (inserção na fábrica, no escritório, mas também água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais) (CECÍLIO, 2009, p.118).

Na visão do autor, há quatro conjuntos de necessidades de saúde, quais sejam: 1) boas condições de vida, expressas na análise das condições de vida e de trabalho; 2) possibilidade de

poder consumir a tecnologia que possa melhorar a sua condição de saúde e prolongar sua vida, esclarecendo que não há uma hierarquia de importância dessas tecnologias, pois como demonstra o autor, depende da necessidade do indivíduo, portanto, ter um diagnóstico oportuno sobre hipertensão arterial é tão crucial na vida de alguém, como ter acesso a um exame de alto custo numa situação de cardiopatia, por exemplo; 3) vínculo de saúde entre profissionais e usuários; 4) trata-se, segundo Cecílio (2009), da necessidade de cada pessoa dispor de graus crescentes de autonomia, entendida como a reconstrução pelos sujeitos dos sentidos das suas vidas, cabendo importante papel ao processo de educação em saúde.

Portanto, as necessidades geradas pelos determinantes sociais da saúde têm o potencial de orientar os serviços e as redes de atendimento de saúde para apreender as necessidades de saúde a partir das quais seriam construídas intervenções e práticas no interior das ações e serviços de saúde.

Essa discussão acerca das necessidades de saúde foi apropriada pela concepção de saúde em construção pelo Movimento da Reforma Sanitária, cujo ápice é representado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 e que contribuiu decisivamente para a incorporação do Sistema Único de Saúde - SUS na Constituição Federal do Brasil de 1988, com a introdução do capítulo “Saúde” e seus desdobramentos na Lei Orgânica da Saúde, conhecida como Lei do SUS (Lei 8.080/90) e na Lei de Participação da Comunidade (Lei 8.142/90).

A partir de então, a política de saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado, devendo este garantir políticas econômicas e sociais que visem reduzir os riscos às doenças e aos agravos à saúde. Essa política é norteada por princípios, denominados doutrinários – universalidade, equidade, integralidade e tem como princípios organizativos a regionalização, a hierarquização, a resolubilidade, a descentralização e a participação dos cidadãos (BRASIL, 1990a).

Dentre os referidos princípios, o princípio da integralidade preconiza que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível, onde os diversos graus de complexidade correspondam às necessidades biopsicossociais dos usuários, devendo ser organizados numa lógica de atendimento que considere cada ser humano como único, envolto em dinâmicas socioeconômicas, culturais e políticas que expressam/rebatem nas suas necessidades de saúde.

Na organização da rede de atenção à saúde, União, Estados e Municípios têm distintas responsabilidades, razão pela qual entendemos necessário explicitar cada um dos níveis de atenção no sistema, a começar pela atenção básica ou primária à saúde, que, segundo o artigo 2º da atual Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017), caracteriza-se como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. §1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Para Noronha (2008), a atenção básica ou atenção primária à saúde é “[...] dotada de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas em clínica médica e pediatria, parto normal)” (p. 440), com grande impacto na saúde da população. Tem o potencial de ser ordenadora da atenção à saúde pelo fato de ser capaz de identificar no território pelo qual se responsabiliza pessoas que apresentam necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos que no nível primário e cuja atenção deve ser qualificada a fim de atender e resolver os principais problemas demandados pelos serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares, ordenados desde 2003 pela Política Nacional de Alta Complexidade que tem por objetivo:

[...] propiciar o acesso da população a serviços qualificados de alta tecnologia e alto custo, considerando a integração com a atenção básica a média complexidade, a diminuição das iniquidades regionais e a cooperação técnica com os gestores estaduais e municipais (SOLLA & CHIORO, 2008, p. 641).

Dessa forma, de acordo com Solla e Chioro (2008), os cuidados de média e alta complexidade, também conhecidos como Atenção Especializada, é feito através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados e envolve processos de trabalho que requisitam tecnologias especializadas, devendo ser preferencialmente ofertados de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada, sendo a responsabilidade dividida entre os três níveis de governo.

Observamos que na consolidação do direito à saúde, a regionalização e a hierarquização orientam a organização dos serviços em níveis de complexidade crescente (atenção básica, média e de alta complexidade), levando em conta o território a ser atendido e a definição da população destinatária das ações e serviços de saúde, o que implica na

providência dos entes federados para sozinhos ou por intermédio de consórcios intermunicipais, oferecerem a resolutividade da atenção à saúde votada aos indivíduos e coletividades.

Frente ao desafio de consolidar tais princípios, Estados e Municípios são destinatários de atribuições comuns e privativas voltadas para atender às necessidades de saúde, havendo ainda a previsão de competências entre os mesmos no tocante à gestão, a organização da rede de forma regionalizada e hierarquizada, fontes de financiamento, critérios para distribuição dos recursos. Nessa ótica, vemos que conforme a Lei Orgânica da saúde é de responsabilidade comum dos três entes federativos:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - Organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- [...]
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde, de conformidade com o plano de saúde;
- [...] (BRASIL, 1990a).

Além desse quadro de definição de competências comuns entre os entes federativos, há também a previsão das competências privativas em relação aos mesmos. Aos Estados, de acordo com a Lei 8.080/90, compete promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios e prestar-lhes apoio técnico e financeiro, executar de forma supletiva ações e serviços de saúde, assim como, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; alimentação e nutrição; saúde do trabalhador; participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho, dentre outros.

Quanto ao ente municipal, compete: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento,

programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho. Compete ainda executar os seguintes serviços: de vigilância epidemiológica; de vigilância sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico; e de saúde do trabalhador, dentre outras, sendo previsto no artigo 30 da Constituição Federal do Brasil que compete aos municípios “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (1990) expressa as competências dos entes federados em relação às ações e serviços de saúde, assunto este tratado a partir de portarias e leis federais que servem de parâmetro orientador para as ações em todo o território nacional, sendo a distribuição de responsabilidade endossada pelo princípio da descentralização, entendido como o poder de decisão delegado aos responsáveis pela execução das ações, valendo dizer que o local privilegiado para a resolução dos problemas de saúde é o município, com atribuições atinentes aos compromissos assumidos por meio da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017), a qual tem a Estratégia Saúde da Família como modalidade preferencial de cuidado às necessidades de saúde.

A PNAB (2017) preceitua que a organização dos serviços de saúde privilegie a proximidade entre usuários e equipes de saúde visando tornar-lhes acessíveis ações e serviços de promoção, proteção, recuperação, reabilitação e redução de danos à saúde, o que requer a consideração por parte dos profissionais da saúde e dos gestores no momento da formulação da política, a consideração, nesse nível de atenção, de alguns atributos denominados essenciais e derivados. Os atributos essenciais são: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação ou integração da atenção. Quanto aos atributos derivados, estes classificam-se em: saúde centrada na família, orientação comunitária e a competência cultural (SILVA, 2018).

O primeiro contato considera a atenção básica como sendo a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde; a longitudinalidade pressupõe a oferta regular dos serviços com base numa relação de confiança entre usuários e equipes e com garantia da continuidade do cuidado, ainda que o usuário seja encaminhado para atendimento em outro nível de atenção à saúde. O atributo integralidade na atenção básica caracteriza-se como um conjunto de serviços que operacionaliza os princípios que perpassam a atenção primária à saúde (promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidado paliativo), sendo capaz de garantir a continuidade da atenção a partir da construção de vínculos com a equipe de saúde e pela resolutividade das ações naquele nível de cuidado. A coordenação ou integração da atenção

implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, sendo preferencial o atendimento pelo mesmo profissional e sempre com registro em prontuário de forma, possibilitando o acompanhamento das condições de saúde, dos determinantes do processo saúde-doença do usuário com possibilidade de formulação de estratégias que contemplem os princípios que norteiam a atenção primária no território adscrito às equipes. Em relação ao atributo “atenção à saúde centrada na família”, este considera a família o foco da atenção, portanto, estamos falando de um nível de cuidado que deve contemplar ações e serviços de saúde voltados para o cumprimento dos princípios da promoção, prevenção, recuperação, redução de danos, reabilitação que considere o gênero, a identidade de gênero, a cultura e os diferentes segmentos geracionais, com objetivo de responder às necessidades de saúde dos seus membros. O atributo denominado “orientação comunitária” implica no reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade, que demanda a realização de uma análise situacional destas necessidades e a sua integração com outros setores, sendo capaz de orientar o planejamento de ações de saúde e destinação de recursos. Por fim, o atributo “competência cultural” caracteriza-se pela relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, respeitando-se as singularidades culturais (SILVA, 2018).

A observância desses atributos desafia os gestores da política de saúde a planejar suas ações e serviços levando em consideração o perfil demográfico, geracional, sanitário, epidemiológico, social e cultural responsável pelo processo saúde-doença nas diferentes regiões do país, sendo cada região carregada de especificidades e que requerem a definição da operacionalização da política entre os vários níveis de governo, partindo-se da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais efetiva será a concretude dos princípios do SUS.

Em outros termos, pretendemos explicitar que os problemas de saúde não estão dispostos uniformemente no território, no tempo e na população, pois envolvem diferentes necessidades de saúde que deverão ser atendidas em distintos níveis de especialização, de complexidade e de custo, requerendo uma:

[...] profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990b, p. 5).

Além dos princípios acima explicitados, o princípio da participação dos cidadãos assegura à população a participação nas decisões sobre as políticas de saúde nas diferentes

esferas de governo através dos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (BRASIL, 1990b).

Segundo Escorel e Moreira (2009), o movimento da reforma sanitária conduziu articulações sociais, políticas e partidárias que conseguiram incorporar na lógica do SUS às diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade. Esta última teve sua inclusão oficializada por intermédio da lei 8.142/90 que instituiu as conferências e os conselhos de saúde, estes últimos considerados colegiados de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária dos usuários em relação ao poder público, aos profissionais de saúde e aos prestadores de serviços. A ideia da composição paritária é a de que os destinatários dos serviços trabalhem pela consolidação dos princípios do SUS, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, de modo que, não sendo as únicas formas de participação, coexistem com outras forças políticas no campo da saúde pública gerando:

[...] um campo de intensa mobilização tanto do movimento social quanto do poder público. Além dos conselhos e conferências, a dinâmica de participação está representada pela atuação de diferentes entidades na política de saúde, entre os quais se destacam o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), os sindicatos e conselhos de profissionais de saúde e a Frente Parlamentar da Saúde (SCOREL e MOREIRA, 2009, p. 871).

Conforme explicitado, o setor saúde conforma um campo de intensa mobilização tanto do movimento social quanto do poder público, destacando-se que, na organização da oferta dos serviços de saúde, torna-se necessária a pactuação entre os entes federativos quanto à operacionalização do sistema, o que se dar por intermédio das Comissões Intergestores Bipartite, Tripartite e Regional, conforme Decreto 7.508 de 28/06/11 abaixo transcrito:

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Rede de Atenção à Saúde, sendo:
I - a CIT, no Âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
II - a CIB, no Âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no Âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. (BRASIL, 2011).

Compreendemos que as comissões acima referidas, assim como o princípio organizativo da participação da comunidade são corolários do processo de descentralização, isso porque a participação da comunidade pressupõe “[...] a garantia de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local” (BRASIL, 1990b).

Dessa forma, a participação social se dar através de instâncias colegiadas e de caráter consultivo, como é o caso das conferências que ocorrem nas esferas nacional, estaduais e municipais, além dos conselhos de saúde, os quais são legitimados para interferir nos rumos da política de saúde na respectiva esfera de governo com o propósito de ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde.

Segundo Paim (2009), antes de tratar do acesso à saúde propriamente dito, o texto constitucional prevê a obrigação do Estado em garantir políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais do poder público para garantir o direito à saúde, portanto:

Questões como produção e distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir os riscos a doenças e agravos, compondo as políticas sociais (PAIM, 2009, p. 44).

Como percebemos, a concepção do SUS delimita um sistema que prevê a integralidade da atenção, pois não basta garantir acesso às ações e aos serviços de saúde ignorando os impactos das políticas econômicas e sociais nas condições de vida da população, de modo que se torna necessário considerar os determinantes sociais na condição de saúde. No eixo dessa discussão, Carvalho e Buss (2008) evidenciam que nos países de primeiro mundo a ênfase tem sido a promoção da saúde voltada para mudanças comportamentais na esfera dos indivíduos (tabagismo, drogas, atividade física, alimentação), aduzindo que medidas educativas têm sido insuficientes para o enfrentamento de tais problemas, pois a saúde também se expressa como resultado de processos sociais e culturais mórbidos propiciados pela forma de industrialização predadora, desorganização da ocupação urbana, cultura consumista de massas, levando as pessoas a não ter noção dos impactos dessas determinações no processo saúde-doença individual e coletivo.

Dessa forma, defendem os autores que riscos e doenças precisariam ser enfrentados não apenas com políticas de saúde produtoras de atenção e de educação, mas também por meio de políticas reguladoras da própria atividade econômica, a exemplo de considerar que:

[...] o controle da obesidade, da hipertensão, das doenças cardiovasculares e da diabetes, por exemplo, exige políticas de industrialização de alimentos que regulem e moderem a presença de patógenos nos alimentos industrializados” (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 156).

Em outros termos, a saúde pública na concepção do SUS, não está limitada à assistência curativa, mas, estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos (proteção) e à recuperação da saúde, sendo considerada de relevância pública, ainda que executada pela iniciativa privada, nos termos dos ditames legais da nova concepção de saúde a partir do SUS, ou seja, concebida para atuar de forma complementar a partir de contratos de direito público.

Percebemos que os embates entre a concepção privatista de saúde e a concepção de saúde pública coexistem não apenas pela via direta de segmentos interessados em vender produtos e serviços voltados para atenção nos diferentes níveis de complexidade. Esse embate perpassa igualmente as esferas da agricultura (alimentos transgênicos, com riscos à saúde ainda velados), da comercialização de alimentos industrializados, da indústria do tabaco e do setor de bebidas, cujo processo de penetração do consumo na esfera social, produz impactos nas condições de saúde da população, razão pela qual as ações de educação em saúde precisam ser alinhadas com outras políticas de mitigação dos danos para assim rebater diferentes causas de adoecimento individual e coletivo.

Dito isto, vemos que ainda temos no sistema de saúde atual dois projetos de atenção à saúde pública: um ligado aos interesses do capital através da compra de serviços e de insumos, assim como indústrias que impactam nas condições de saúde, conforme acima discutido, e outro de responsabilidade pública estatal que concebe a saúde como um direito de cidadania, cujo acesso deve ocorrer de forma universal e igualitária às ações de promoção, proteção e recuperação. Porém:

No setor saúde reproduziram-se as relações dominantes no conjunto da sociedade, com o privilegiamento do setor privado, a capitalização da medicina e o desenvolvimento do complexo médico-industrial. As empresas hospitalares, de medicamentos ou de equipamentos, ao longo de sua implantação no país, mesmo que apresentando contradições entre si, pois representam diferentes frações da burguesia, articularam-se com diversas instâncias estatais através dos canais disponíveis, formais e informais, corporativos e pluralistas (TEIXEIRA, 2006, p. 152).

É nesse embate de concepções de acesso à saúde e de articulação de interesses entre os setores representativos do capital, a exemplo da indústria farmacêutica, de alimentos, de bebidas e os atores que representam os interesses coletivos contra as políticas privatizantes que o setor privado tem disputado com sucesso os recursos que o Estado destina aos serviços de saúde, evidenciado pelo fato de que:

[...] o SUS continua sendo importante para esse novo setor privado, o que é demonstrado pelas propostas de integração público-privada que representam pleitos de ampliação da influência das empresas na definição das políticas públicas e do acesso aos recursos públicos. De fato, sem a transferência direta ou indireta de recursos públicos, as taxas de lucros almejadas pelas empresas de saúde dificilmente seriam realizadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2019, p. 10).

Nessa direção, têm sido notórios os ataques à área da saúde por ser considerada um rentável nicho de mercado para o capital financeiro, o que vem impulsionando o crescimento do comércio de planos privados, privilegiando o capital com a ampliação dos subsídios fiscais dados aos seus operadores a partir da venda de alternativas à saúde pública, estimulando o sucateamento pré-ordenado do SUS, o que reflete nas possibilidades de financiamento dessa política pública, cujo comprometimento, segundo Costa (2000), encontra-se explicitado nas contradições referentes ao descompasso entre a oferta e a procura por atendimento à saúde enquanto política pública e que vem revelando entraves ao acesso do direito referente à qualidade dos serviços, à desburocratização e mitigação da ênfase no processo médico-curativo.

Conforme a Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 31, a origem do financiamento do SUS é o orçamento da Seguridade Social, cuja previsão de sua aplicação está delineada nas prioridades eleitas pela lei orçamentária anual que se caracteriza como instrumento de planificação financeira da União, Estados e Municípios, sendo responsável pela alocação dos recursos públicos em diferentes áreas de interesse da coletividade, dentre eles a área da saúde. Trata-se de um instrumento com potencial de agregar resistências ao desfinanciamento do sistema de saúde, visto que votado anualmente pelos integrantes das casas legislativas nas três esferas de governo.

Nas esferas estadual e municipal, os recursos são depositados nos respectivos fundos de saúde com valores decorrentes da observância dos critérios previstos no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede,

ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Referido processo de transferência fundo a fundo é parte da implementação do princípio da descentralização, entendido como:

[...] redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (BRASIL, 1990b, p. 5).

De acordo com Luz (2009), ao menos no discurso, o princípio da descentralização atribui poder institucional aos cidadãos através dos conselhos estaduais, municipais e locais e, no que pese a possibilidade de construção de pautas comuns com diferentes segmentos da sociedade civil em prol da saúde, os municípios precisam fazer face ao poder central no sentido de obter recursos orçamentários para suas atividades e evitar o colapso fiscal por endividamento, denotando certa contradição na implementação desse princípio, pois:

[...] houve descentralização na política de saúde brasileira, se entendida como delegação de funções ou transferência de ações (e sua gestão) para níveis territoriais menores e periféricos do sistema (municípios e localidades). Mas se considerada a concentração dos recursos na esfera central do governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos e a priorização de determinados programas verticais - não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal -, pode-se dizer que se trata até o momento de uma descentralização incompleta, que às vezes chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, o financiamento de programas e serviços locais (LUZ, 2009, p. 28).

Segundo Escorel e Moreira (2009), a partir da década de 1990, o tema da participação social deixou de referir-se apenas aos setores excluídos, tal como existia nas concepções de participação da comunidade ou participação popular, passando a adquirir a conotação de participação da sociedade. Com isso, as instâncias participativas obtêm o reconhecimento por parte do Estado e da sociedade como interlocutores legítimos para o exercício dialógico do alcance da política de saúde, contudo “[...] as formas institucionais de participação não instauram magicamente a igualdade de oportunidades de acesso ao poder nem eliminam as desigualdades de potência reivindicatória entre os segmentos sociais” (ESCOREL e MOREIRA, 2009, p. 858).

Verificamos que no país coexistem diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde, sendo orientados segundo critérios referentes ao tipo de serviço ofertado (básicos, hospitalares, domiciliares, urgência, etc.), direcionalidade das ações (grupos populacionais específicos) e modelo de cuidado à saúde em que Estados e municípios seguem regras nacionalmente construídas a partir do princípio da descentralização e organizam sua rede de atenção destinando os cuidados em saúde para segmentos populacionais específicos, tais como, idosos, mulheres, pessoas portadoras de doenças crônicas, crianças, sendo os cuidados a este último segmento objeto da discussão do próximo item.

1.2 A atenção à saúde de crianças e adolescentes no SUS

A história da constituição da atenção à saúde de crianças e adolescentes no Brasil é marcada por práticas repressivas e autoritárias sobre as famílias através do pensamento oficial que vislumbra na institucionalização da infância a porta de entrada para que esta fosse atendida nas demais necessidades de sua existência.

De acordo com Rizzini (2004), ao longo dos séculos XVIII e XIX, dentre as várias modalidades de atendimento à criança no Brasil, as práticas de entidades religiosas e de instituições filantrópicas ligadas à igreja católica foram hegemônicas nesse período com foco na prestação de serviços educacionais e assistenciais para as crianças órfãs ou oriundas de famílias pobres (desvalidas), sendo o recolhimento/internato de crianças nas instituições o principal instrumento de atenção à infância no país, o qual submetia os indivíduos a relações de poder totalmente desiguais, compelindo muitas crianças a crescerem longe de suas famílias e comunidades, configurando-se como:

Outra forma de separação das crianças dos pais [...] com base nas concepções higienistas de proteger as crianças de suas próprias famílias, pois estas necessitavam ser cuidadas, amparadas e educadas por colégios internos ou internatos, prevenindo os males e evitando as mortes prematuras (ARAÚJO et. al., 2014, p. 1002).

Para Araújo et. al. (2014) e Faleiros (2005), a visibilidade das crianças desvalidas passou a ser considerada uma questão de segurança da sociedade, tendo o Estado expressado uma intervenção mínima, paternalista e autoritária, entendendo a questão da criança e do adolescente “[...] como uma questão de higiene pública e de ordem social, para se consolidar o projeto de nação forte, saudável, ordeira e progressista (Ordem e Progresso)” (FALEIROS, 2005, p. 172).

Complementa Rizinni (2004) que a trajetória de construção dos cuidados à infância no Brasil é marcada pela tríade repressão-clientelismo-situação irregular, em relação às crianças e às suas famílias, marcadas por expressarem uma condição socioeconômica desfavorável ao suprimento de suas necessidades básicas. Dessa forma, as famílias eram “inabilitadas” no cuidado de suas crianças e muitas vezes compelidas a entregá-las voluntariamente para a institucionalização visando assegurar-lhe assistência e educação (RIZINNI, 2004).

Dentre as várias modalidades de atendimento à criança decorrentes dessa concepção de que as famílias eram inabilitadas para criar as crianças, destacamos o sistema da Roda dos Expostos implantado no século XVIII nas cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Recife por iniciativa das Santas Casas de Misericórdia, cuja missão era receber de forma anônima crianças abandonadas e colocá-las sob os cuidados de amas-de-leite, muitas das quais eram escravas e passavam a ser alugadas por seus proprietários às Santas Casas para o cumprimento do encargo de criação e alimentação das crianças sob sua responsabilidade num contexto com total ausência de condições de higiene e de noções de riscos oriundos do processo de amamentação artificial, resultando em altíssimas taxas de mortalidade (RIZZINI, 2004).

A partir da transferência da família real para o Brasil e em razão do elevado número de casos de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, ocorreu a criação da inspetoria Geral de Higiene com um enfoque incipiente e inicial voltada para a saúde da criança e do adolescente, pois “[...] nessa ocasião foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e de adolescentes no trabalho das fábricas” (PAIM, 2009, p. 26).

Complementa o autor que ao final do Império e iniciada a Nova República (1889-1930), nesse período não restam evidenciadas ações de saúde que tenham o público infantil como alvo de preocupação por parte do poder público, haja vista as ações de saúde pública estarem voltadas para o controle de epidemias como a varíola, a febre amarela e a peste, as quais comprometiam a economia agroexportadora e impunham ao poder público o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória, medidas estas que não selecionavam segmentos geracionais em função da sua condição de vulnerabilidade, como é o caso da população infantil.

De acordo com Bravo et. al. (2006), além da atuação sanitarista e campanhista que marcou o início da estruturação da política de saúde brasileira, por volta de 1930, esta era complementada com o atendimento pela filantropia, pelos profissionais liberais e pelos poucos estabelecimentos públicos espalhados pelo país, não se vislumbrando à época uma preocupação sistemática de atenção à saúde voltada aos diferentes segmentos geracionais, dentre eles o de crianças e adolescentes.

Na década de 1940, voltada para esse segmento geracional, começa a esboçar-se um momento inicial de atenção às suas necessidades de saúde destinada na perspectiva do binômio materno-infantil, com coordenação centralizada em nível de governo federal, o qual era responsável pelo auxílio financeiro a estados e municípios, com foco até 1969, em programas específicos como Programas Alimentar, Educativo e de Formação de Pessoal (BRASIL, 2011a).

Para Mattos (2006), a criança, assim como a mulher já era considerada parte de uma ação estatal, porém numa perspectiva reducionista das necessidades de saúde que vinculava a mulher à sua função reprodutora, o que deu visibilidade ao tema do planejamento familiar, previsto na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, criada em 1984. Neste mesmo ano, complementam Araújo et. al. (2014), foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC, revelando-se como uma mudança de paradigma na atenção à saúde da criança, a qual desde sempre se apresentou atrelada à saúde da mulher. Embora proclamasse como objetivo promover a saúde de forma integral, definia ações priorizando “[...]crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde” (ARAÚJO et. al., 2014, p.1003).

Na esteira da construção da atenção pública voltada para a saúde, o Brasil tornou-se signatário de vários acordos internacionais com foco na criança e no adolescente desde a sua concepção, a exemplo da Declaração dos Direitos do Homem (1948) que em seus artigos XXV e XXVI reconhece que a maternidade e a infância devem ter acesso a cuidados especiais; A Declaração dos Direitos da Criança (1959) que em seu 4º princípio afirma:

A criança tem direito a crescer e a criar-se com saúde, alimentação, habitação, recreação e assistência médica adequada e à mãe devem ser proporcionados cuidados e proteção especiais, incluindo cuidados médicos antes e depois do parto.

Vale ainda destacar a I Convenção Americana Sobre Direitos Humanos, conhecida como Pacto de São José da Costa Rica (1969), que, em seus artigos 4º e 19, respectivamente, protegeu o direito à vida desde a concepção e o direito de ter assegurada sua dignidade por meio da família, do Estado e da sociedade. Essa tônica de olhar diferenciado em torno dos direitos à saúde voltados para crianças e adolescentes, igualmente apoia-se em outros instrumentos de garantias de direitos internacionais, tais como a Declaração de Alma-Ata, no Cazaquistão, realizada em 1978, a qual expressa as necessidades do público infante-juvenil ao propor a formulação de ações e políticas dirigidas às crianças, diferenciando-as do restante da população.

Nessa direção, a Declaração de Alma-Ata define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população, apresentando o princípio da universalidade, além de articular durante o encontro a concepção de um sistema de saúde que atendesse o conjunto das necessidades de saúde da população. O documento fala em articulações intersetoriais, especificando que a atenção primária à saúde envolve não só o setor de saúde, como também todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento nacional e da comunidade, especialmente agricultura, criação de animais, alimentação, indústria, educação, habitação, serviço público, comunicação, dentre outros setores (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Ainda na esteira da construção dos direitos de crianças e adolescentes, ressaltamos a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), a qual considera as crianças como grupo vulnerável e como alvo de preocupação internacional, assim como a Cúpula Mundial em Favor da Infância em 1990, realizada em Nova Iorque, ocasião na qual foi proposto e aprovado o plano de ação para o decênio 1990-2000, servindo de referência aos planos nacionais para o desenvolvimento de ações de saúde materno-infantil em nível local como estratégia fundamental para o combate à morbimortalidade infantil e materna nos países signatários.

Para Faleiros (2005), a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) é que veio reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos ao definir que, dentre outros, tinha direito de gozar da melhor saúde possível, demonstrando que:

[...] A convenção define como criança qualquer pessoa com menos de 18 anos de idade (artigo 1º), cujos “melhores interesses” devem ser considerados em todas as situações (artigo 3º). Protege os direitos da criança à sobrevivência e ao pleno desenvolvimento (artigo 6º), e suas determinações envolvem o direito da criança ao melhor padrão de saúde possível (artigo 24) [...] (ANDRADE, 2010, p. 83).

Conforme Rizinni (2004), as ações e serviços vinculados à criança no Brasil até o início da década de 1990 eram norteados pela doutrina da situação irregular, segundo a qual precisava ser combatida a visibilidade da condição da criança pobre e “desvalida” e reprimidos os “desvios de conduta” desse público-alvo com foco na institucionalização e atribuindo a responsabilização pelos males que afligiam a infância exclusivamente aos pais ou responsáveis, culpando-os por serem os causadores de privações das:

[...] condições de subsistência, de saúde e de instrução, por omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por desadaptação familiar ou comunitária, e de autoria de infração penal. A pobreza era, assim, situação irregular, ou seja, uma exceção. Nessa perspectiva, que seguia a mesma concepção do Código de Menores, de 1927, ser pobre era considerado um defeito das pessoas, assim como as situações de maus-tratos, desvio de conduta, infração e falta dos pais ou de representantes legais.

Para os pobres – em situação irregular ou em risco – dever-se-ia ter uma atitude assistencial, e para os considerados perigosos ou delinquentes – que punham em risco a sociedade – dever-se-ia ter uma atitude de repressão (FALEIROS, 2005, p. 172).

Referida doutrina, ainda remanescente nos dias atuais, foi legalmente substituída pela doutrina da proteção integral. Para tanto, foi imprescindível a movimentação da sociedade civil que, embalada pelas legislações internacionais das quais o país tornou-se signatário, somaram-se aos esforços da Frente Parlamentar pela Constituinte em 1987 e da Comissão Nacional da Criança Constituinte, instituída por portaria ministerial e por representantes da sociedade civil organizada, demonstrando que:

Apesar dos avanços legais em relação aos direitos da criança, o panorama global sobre a infância demonstra que essa categoria ainda não é prioridade na agenda governamental de muitos países, resultando na ausência de investimento do Estado em políticas e dispositivos legais para a efetivação dos direitos das crianças (ANDRADE, 2010, p. 85).

Na esteira da compreensão acima esboçada, vemos que a partir da década de 1990 são ampliadas as ações e políticas estatais destinadas ao reconhecimento da crianças e adolescentes enquanto sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento e que deve, portanto, ter assegurada sua convivência familiar e comunitária, com garantia de atendimento prioritário diante em todas as políticas sociais: saúde, educação, moradia em detrimento da institucionalização, a qual deve ser a última opção do Estado, extirpando ao menos na esfera legal a concepção de situação irregular propiciada pela condição de pobreza ou de envolvimento em atos infracionais.

Essa atmosfera de construção de vários direitos sociais emergiu no momento de redemocratização pelo qual passava o país e a crise do autoritarismo mediados pela transição negociada ou pelo alto (RAICHELIS, 2009) com repercussão nas relações entre Estado e sociedade civil, pondo em discussão:

[...] não apenas o padrão histórico que tem caracterizado a realização das políticas sociais em nosso país – seletivo, fragmentado, excludente e setorizado, mas também a necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais (p. 77).

De acordo com a autora, houve a conquista de importantes instrumentos da democracia capazes de influenciar nos processos decisórios, como é o caso dos conselhos gestores de

políticas públicas, com diferentes experiências de organização nas áreas da criança, do adolescente, da assistência social, meio ambiente e da saúde, configurando-se como:

[...] expressões da busca de novos canais de participação da sociedade civil na coisa pública, rumo à constituição de esferas públicas democráticas, embora estejam na contracorrente da reforma neoliberal que tende a deslocar os espaços de representação coletiva e de controle socializado sobre o Estado para a ação dos grupos de pressão e de lobbies, desqualificando e despolitizando a força da organização coletiva (RAICHELIS, 2009, p. 78).

Percebemos uma série de movimentos internacionais em prol dos direitos de crianças e de adolescentes, dentre eles o direito à saúde que, no contexto brasileiro, a partir da década de 1980, traduzem-se em ações de cunho estatal, a exemplo da implementação de programas específicos, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, considerado um marco assistencial na saúde da criança, com proposta de assistência integral em substituição à assistência médico-curativista.

Na esteira dessa proposta e no intuito de seguir as recomendações das convenções e acordos internacionais, em 1991 o Ministério da Saúde iniciou a organização da atenção primária à saúde a partir do modelo pautado nos programas Agentes Comunitários de Saúde (PAC) em 1991 e Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, cujo propósito comum era reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da população. Um dos focos do programa era implementação de estratégias voltadas para a redução da mortalidade infantil, considerado um dos indicadores que medem a qualidade de vida de um povo.

Na sequência a tais iniciativas, a partir dos anos 2000, várias diretrizes nacionais foram implementadas, ensejando compromissos pelos gestores da saúde quanto ao cumprimento de medidas que colocam os cuidados à infância e à maternidade como estratégias fundamentais para que fosse melhorado um dos indicadores que medem a qualidade de vida de um povo: a mortalidade infantil. Nesse sentido, várias portarias do Ministério da Saúde foram direcionadas para atender as necessidades de saúde do segmento da infância visando melhorar a atenção no pré-natal, parto e pós-parto, a saber:

Quadro 1 – Algumas ações, serviços e políticas de saúde voltadas para a atenção à saúde de crianças nos anos 2000

ANO	AÇÕES/ SERVIÇOS DE SAÚDE	OBJETIVO
1995	Estratégia Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI (formulada pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pelo Unicef e adotada pelo Ministério da Saúde.	Reduzir a mortalidade na infância a incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2002, p. 9).
2000	Portaria 569/00 que institui o Programa de Humanização do Pré-Natal.	Qualificar a atenção ao pré-natal (BRASIL, 2002, p. 9).
	Portaria nº 570/00 (Componente I do pré-natal)	Garantir a realização de acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2002, p. 9).
	Portaria nº 571/00 (Componente II do pré-natal)	Organizar, regular a assistência obstétrica e neonatal, investir na realização de investimentos nesta área assistencial, viabilizando, em parceria com as Secretarias de Saúde de estados, municípios e do Distrito Federal e unidades hospitalares que realizem atendimento obstétrico e neonatal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).
	Portaria 572/00 (Componente III do pré-natal).	Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto, visa melhorar as condições do custeio da assistência ao parto nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS (BRASIL, 2002, p. 9).
2004	Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil	Implantar linhas de cuidado visando à redução da mortalidade infantil
2011	Portaria nº 1.459	Assegurar a melhoria na qualidade do pré-natal com oferta de transporte no período pré-natal e no momento do parto; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto; garantia da vaga para a gestante e bebê; boas práticas no parto e nascimento e acompanhante de livre escolha da mulher, bem como o planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	Preconiza eixos de cuidados às crianças de 0 a 9 anos, com atenção especial à primeira infância (0 a 6 anos).

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos documentos citados

Vale ressaltar que a criação pelo Ministério da Saúde, em 2004, da agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, a qual elenca linhas de cuidado referentes à vigilância à saúde da criança, estímulo aos hábitos nutricionais saudáveis, saúde bucal, saúde mental, imunização, aleitamento materno, obrigatoriedade de testes neonatais a fim de antecipar soluções de saúde quando de manifestação ainda inicial (teste do pezinho, por exemplo), acompanhamento do desenvolvimento de crianças com deficiências, com distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso), prevenção e acompanhamento de casos de doenças infectoparasitárias (HIV, sífilis congênita e diarreias), doenças respiratórias (asma, alergias e pneumonias), sendo tais linhas de cuidado retomadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, sobre a qual falaremos adiante. (BRASIL, 2004).

Como resultado das várias medidas no campo da saúde, dados do IBGE (2010) revelam que houve redução da taxa de mortalidade no Brasil no período entre os anos 2000 e 2015, pois em 2000, o país apresentava uma taxa de mortalidade de 29,02 óbitos de crianças menores de 1 ano por cada 1000 nascidos vivos, havendo a redução desse índice em 2015 para o percentual de 13,82 mortes para cada 1000 nascidos vivos. Outro dado que merece destaque nesse mesmo período é relativo à esperança de vida em nascer que em 2000 era de 69,03 anos de vida, passando em 2015 para 75,44 anos de vida ao nascer. No entanto, subsistem diferenças regionais de cunho social, econômico, político e cultural que impõem barreiras para a construção de um sistema de saúde universal e equitativo, evidenciados pela insuficiência de recursos, pela existência de grupos econômicos ligados aos serviços privados de saúde, a exemplo da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Dessa forma, compreendemos que, da Declaração de Alma Ata (1978) até os dias atuais, construíram-se resistências de ordem econômica e política no tocante ao atendimento das necessidades de saúde do segmento geracional da infância, cujas ações propostas foram encaradas como custo pelos organismos internacionais, conforme sugere parte da entrevista abaixo descrita realizada pelo Portal EPSJV/Fiocruz (2018), com professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e coordenador da Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Luiz Augusto Facchini, que fez um balanço das quatro décadas do documento que foi um marco para o mundo, pontuando que:

Em 1980, depois de dois anos do encontro, o Banco Mundial e a própria Unicef fizeram uma proposta alternativa à Alma-Ata, sob os argumentos de que faltaria dinheiro, vontade política e infraestrutura. Então, apresentaram um pacote de APS seletiva, com recortes mais restritos: a Estratégia GOBI (sigla em inglês para indicar monitoração do crescimento, Reidratação Oral, Aleitamento Materno e Imunizações). Era uma APS centrada fundamentalmente na atenção à saúde da criança e da mulher. O foco na reidratação oral, por exemplo, se dava porque na época a diarreia era uma das causas mais impressionantes de mortalidade de crianças no período pós-neonatal. A ênfase no aleitamento materno era estratégica para garantir melhores condições de nutrição e imunidade às crianças. E o foco na imunização era uma forma de expandir toda a questão vinculada com a proteção vacinal para doenças da época, como sarampo, difteria, tétano, tuberculose, poliomielite etc. Havia outras recomendações genéricas: educação das mulheres, nascimento das crianças, suplementação alimentar etc. A Estratégia GOBI, de uma APS seletiva, foi a primeira na contraposição à Alma Ata (PORTAL EPSJV/FIOCRUZ, 2018).

Na esteira do entendimento acima esboçado, vemos que os países passaram a seguir as receitas do Banco Mundial, não apenas desenvolvendo a lógica de uma atenção primária

seletiva e recortada, com foco na saúde materno-infantil, como também passando a pensar sistemas de saúde com os mesmos recortes.

A partir da estruturação dos cuidados direcionados à infância até então aqui esboçados, percebemos que os diferentes esforços e discussões na direção dos direitos humanos das crianças, sobretudo o relacionado à saúde, ganhou maior configuração no contexto brasileiro a partir da década de 1980, momento no qual emergem algumas iniciativas por parte do governo federal e que ao longo da década de 1990 são impulsionados pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual, ao prever atendimento prioritário à criança e ao adolescente no atendimento das diferentes políticas sociais e ao estabelecer o princípio da proteção integral, passa a ser compreendido como um público em peculiar condição de desenvolvimento (ECA, 1990).

No ano 2000, houve ainda a assinatura de determinados acordos internacionais, como, por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM (2000) em sua meta 4, onde o Brasil se comprometeu a reduzir a mortalidade infantil pelo fato de que:

[...] a mortalidade infantil (menos de 1 ano) é um subconjunto substancial da mortalidade na infância (menos de 5 anos), representando aproximadamente 86% dos óbitos de menores de 5 anos. Assim, além da importância desse indicador para comparações internacionais, ele também é utilizado como indicador das condições de vida, refletindo o estado de vida da população mais vulnerável. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento econômico. (BRASIL, 2017).

A partir da reestruturação do modelo de atenção primária à saúde, houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, em 2006, revista pela portaria 2.436 de 21/09/17 (BRASIL, 2017). A PNAB elegeu a Estratégia Saúde da Família como o modelo norteador da execução das ações e serviços de saúde nesse nível de atenção, implementada através de diversas linhas de cuidado com foco em dois elementos norteadores: o território e a família, estando inclusa nesta última todos os segmentos geracionais, dentre eles a criança, com proposta de práticas de cuidado multiprofissional capaz de identificar as demandas por saúde, dar resolutividade, no que for possível e remeter para outros níveis de complexidade, quando necessário.

Ressaltamos que as estratégias esboçadas para a atenção à saúde da criança se deram a partir da qualificação do pré-natal, dos cuidados referentes à saúde da mulher, com o parto e nascimento da criança, dentre outras com desdobramento a partir do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vigilância na cobertura vacinal e melhoria da oferta de serviços que extrapolam a visão biomédica que a atenção integral requer, com o reconhecimento da

importância da saúde mental e saúde bucal para o cumprimento dos compromissos firmados no citado documento.

Para Silva (2018), referidas estratégias de atenção à saúde da criança juntamente com compromissos internacionais assumidos pelo Brasil e o pactuado por ocasião dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio levaram o país, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), a reduzir os índices de mortalidade infantil, em cumprimento ao compromisso realizado no ano 2000 perante a Organização das Nações Unidas. Esse pacto constituía-se em cumprir a meta 4 dos Objetivos, qual seja, reduzir em dois terços a mortalidade infantil até o ano de 2015, considerando o ano de 1990 como o ponto de partida. De 1990 até 2014, a mortalidade de crianças menores de 05 anos foi reduzida em mais de 77%. Entretanto, o Brasil tem muitos desafios a superar, principalmente no que se refere ao enfrentamento das iniquidades dos indicadores regionais e em grupos vulneráveis como é o caso das crianças menores de 1 ano, onde se concentra o maior percentual de óbitos, revelando que:

A mortalidade infantil representa um importante indicador de saúde pública por tratar-se de mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. O óbito infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (MAIA et. al., 2020, p. 2).

Sob essa ótica, percebemos que a atual PNAB (2017) e as demais políticas que integram a organização dos serviços de saúde aos diversos segmentos geracionais têm o desafio de concretizar as pactuações necessárias entre os entes federativos para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, da descentralização com foco no financiamento condizente com as reais necessidades do território onde as pessoas vivem e são produzidos seus processos de saúde-doença.

Referidas pactuações requerem o encadeamento entre os níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), sem perder de vista a importância das políticas econômicas e sociais no processo de produção de saúde, visto que minimizam determinantes e condicionantes de doenças e agravos que comprometem o desenvolvimento saudável dos indivíduos e coletividades: fome, desemprego, ausência de saneamento básico e violências, tendo na Saúde da Família sua principal estratégia para consolidação da atenção básica e o município como responsável, segundo a Lei 8.080/90 (Lei do SUS), por organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União.

No que concerne à estruturação da atenção à saúde da criança, vemos que, apesar do lançamento e estruturação dos diversos programas ao longo da década de 1990 e anos 2000, somente em 2015 ocorreu de fato o lançamento de uma Política Nacional que pressupõe uma atenção integral à criança (BRASIL, 2015), denominada Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Criança (PNAISC), a qual tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância (0 a 6 anos) e às populações de maior vulnerabilidade, reconhecendo ampliação da cobertura dos serviços de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde como uma estratégia de redução do número de óbitos desse segmento a partir da articulação de uma rede de atenção que compreende cuidados desde a concepção com atenção adequada ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e com o recém-nascido, preconizando, portanto, a redução da morbimortalidade na população infantil. Refere a PNAISC que, para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, esta política contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (BRASIL, 2015).

Os eixos estratégicos da PNAISC (2015) preveem uma atenção ao segmento infantil sob vários aspectos: atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, bem como ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar; atenção a crianças vítimas de violências, prevenção de acidentes e cultura da paz; atenção às crianças com deficiência ou outras vulnerabilidades específicas; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Observamos que a política de saúde voltada para o segmento infantil, desde os seus primórdios, foi sendo concebida no sentido de intervir nas doenças e agravos prevalentes sem articular-se com as particularidades dos problemas na realidade de cada região/de cada território, o que não coloca o país em situação muito privilegiada quando se verifica o indicador de mortalidade infantil como expressão do desenvolvimento social e econômico.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a mortalidade infantil no país vem apresentando queda, pois saiu de 29,02 no ano 2000 para 13,3 no ano de 2016, conforme revelam dados da tabela abaixo:

Quadro 2 – Mortalidade infantil entre as regiões do país em número absoluto (2017) e taxa de mortalidade infantil por região do país (2016)

REGIÃO	ESTADOS	TOTAL DE ÓBITOS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (1.000 NASCIDOS VIVOS)
Norte	Pará	2.136	17,6
	Amazonas	1.292	
	Rondônia	353	
	Tocantins	309	
	Amapá	302	
	Acre	223	
Total		4.825	
Nordeste		11.490	16,7
Centro-oeste		2.846	14,4
Sudeste		13.028	10,4
Sul		4.034	9,4
Brasil		36.223	13,3

Fonte: Elaboração própria. Adaptado do IBGE (2020)

Conforme o quadro acima, o Brasil tem muitos desafios a superar, principalmente no que se refere ao enfrentamento das iniquidades dos indicadores regionais presentes em grupos vulneráveis, como é o caso das crianças menores de 1 ano, onde se concentra o maior percentual de óbitos, com destaque para as crianças com até 27 dias de vida (MAIA, 2020), revelando que:

[...] ainda persistem obstáculos tanto no acesso como na qualidade da atenção materno-infantil tais como: a falta de conexão entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto, problemas na organização dos serviços, carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos (MAIA et. al, 2020, p. 2).

Ao analisarmos os dados da tabela acima, percebemos que as regiões Sul e Sudeste estão em vantagem em relação às demais regiões do país e que a região Nordeste historicamente apresenta a maior média de óbitos de crianças, apontando para a necessidade de formulação de políticas públicas que visem prover equitativamente infraestrutura adequada para a população (saneamento, água potável), com mais investimentos na política de saúde, de assistência social, educação, dentre outros.

1.3 Atenção à saúde de crianças e adolescentes em Manaus

Nessa esteira de preocupação com a saúde de crianças e adolescentes, precisamos entender como Manaus está organizada para oferecer ações e serviços de saúde a esse segmento geracional a partir da rede de atenção à saúde dispostas na capital, bem como, compreender como a estruturação dessa rede impacta nas condições de saúde dessa população específica. Insta destacar que a Organização Mundial de Saúde considera criança a pessoa que se encontra no ciclo de vida compreendido entre 0 e 9 anos de idade, mas, para fins de desenvolvimento

desse trabalho, trabalharemos dados referentes à faixa etária de 0 a 14 anos em razão de que o atendimento nos CAIC é destinado ao público de até 13 anos, 11 meses e 29 dias ou até 14 anos, quando tratar-se de retorno/seguimento de atendimento anterior.

Manaus apresenta uma população estimada em 2.182.763 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2017), densidade populacional de 158,06 habitantes por km² e configura-se como a sétima capital mais populosa da federação (MANAUS, 2018). Desse montante, 398.152 são crianças de 0 a 9 anos de idade, dos quais 41.727 são crianças de 0 a 1 ano de idade, 158.715 são crianças de 1 a 4 anos de idade, 197.708 são crianças de 5 a 9 anos e 221.038 corresponde aos habitantes de 10 a 14 anos, totalizando, portanto, 619.190 pessoas de 0 a 14 anos de idade, o que corresponde a 28,36% da população de Manaus, conforme demonstra a tabela a seguir:

Quadro 3 – População de 0 a 14 anos por Distrito Sanitário de Saúde de Manaus (SEMSA)

ZONAS	FAIXA ETÁRIA	TOTAL POR FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE 0 A 14 ANOS	POP/ZONA	% 0-14 ANOS
Norte	Menos de 1 ano	12.601	190.244	595.850	31,92
	De 1 a 4 anos	48.371			
	De 5 a 9 anos	62.669			
	De 10 a 14 anos	66.603			
Sul	Menos de 1 ano	7.329	106.723	477.845	22,34
	De 1 a 4 anos	28.738			
	De 5 a 9 anos	29.662			
	De 10 a 14 anos	40.994			
Leste	Menos de 1	12.904	188.203	600.466	39,38
	De 1 a 4 anos	47.855			
	De 5 a 9 anos	61.105			
	De 10 a 14 anos	66.339			
Oeste	Menos de 1	8.640	128.841	494.004	6,08
	De 1 a 4 anos	32.549			
	De 5 a 9 anos	42.409			
	De 10 a 14 anos	45.243			
Zona rural	Menos de 1 ano	253	5.182	14.598	3,54
	De 1 a 4 anos	1.202			
	De 5 a 9 anos	1.868			
	De 10 a 14 anos	1.859			
TOTAL:			619.190	2.182.763	28,36

Fonte: Elaboração própria. Adaptado da Secretaria de Saúde do Município de Manaus (2020).

Visando atender às diferentes necessidades de saúde dos diversos segmentos geracionais, União, Estados e Municípios dispõem de estruturação diferenciada de atenção à saúde. Quando analisamos as funções estabelecidas para os três entes federativos, vemos que há um conjunto de atribuições comuns entre as esferas de governo no campo das políticas de

saúde. No contexto de Manaus, ações e serviços de saúde desenvolvidos pelas secretarias de saúde do Estado e do Município apresentam intervenções nos três níveis de complexidade, embora os atendimentos de atenção primária à saúde sejam priorizados pelo ente municipal, não impedindo que, a partir de pactuação com o ente estadual, este também execute ações e serviços de saúde de atenção básica e ambos igualmente compartilhem a execução de ações de média e de alta complexidade por meio de unidades ambulatoriais de saúde com especialidades médicas e com capacidade diagnóstica e terapêutica de média e alta complexidade, como é o caso de Policlínicas e maternidades, que, apesar de serem quase de responsabilidade geral do Estado, conta com a participação do ente municipal, conforme explicitado na tabela a seguir:

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde da rede estadual e municipal na capital por zona geográfica

Unidade	Norte		Sul		Leste		Oeste		Rural		Total
	Est.	Mun.	Est.	Mun.	Est.	Mun.	Est.	Mun.	Est.	Mun.	
Central de Medicamentos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Central de Transplante	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC)	3	-	3	-	3	-	3	-	-	-	12
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	3
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	4
Unidade Básica de Saúde (UBS)	-	9	-	19	-	19	-	17	-	20	84
Clínica/Centro de Especialidade	-	1	-	1	-	1	-	3	-	-	6
Complexo Regulador	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	3
Distrito de Saúde/Centro de Gestão em Saúde	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	5
Estratégia Saúde da Família (ESF)*	-	49	-	33	-	31	-	39	-	-	152
Farmácia Popular	2	-	1	-	1	-	1	-	-	-	5
Fundação	2	-	2	-	-	-	3	-	-	-	7
Hospital Adulto	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Hospital e Pronto Socorro (HPS)	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	4
Hospital e Pronto Socorro da Criança (HPSC)	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	3
Hospital Infantil	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Laboratório	-	1	1	2	-	1	-	1	-	-	6
Maternidade	2	-	1	-	1	-	1	1	-	-	6
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Policlínica	1	2	3	2	2	1	-	2	-	-	13
Sede de Secretaria	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	1	-	1	-	2	-	2	-	-	-	6
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Maternidade	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Policlínica	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Unidade de Vigilância em Saúde	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	16	63	23	63	14	55	13	64	0	21	332

Fontes: Elaboração própria. Adaptado de Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SES-AM e de Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA (2020)

Conforme tabela de faixa etária da população de 0 a 14 anos acima (quadro 3), constatamos que Manaus possui 619.193 pessoas nessa condição, o que representa 28,36% da população estimada para 2020 (IBGE). Esses dados, se confrontados com os dados da rede de

atendimento estadual e municipal no contexto de Manaus, revelam que há um descompasso entre a rede de serviços de saúde e o quantitativo da população, em especial na faixa etária entre 0-14 anos.

Diante dos dados acima expostos, observamos que a capital conta com 5 unidades de atenção à saúde da criança e do adolescente, sendo 2 hospitais e 3 unidades classificadas como hospitais e prontos-socorros (média e alta complexidade), os quais possivelmente absorvem diariamente demandas da atenção básica pela insuficiência da cobertura, pois conforme demonstrado na tabela abaixo, 51,50% é o percentual de cobertura desse nível de atenção à saúde no contexto da cidade de Manaus.

Quadro 4 – Cobertura de Atenção Básica na cidade de Manaus implementada pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, vigente em novembro/19.

Competência	Município	População	Cobertura da Atenção Básica	Estatística da População coberta na Atenção Básica	Cobertura da AB
NOV/2019	Manaus	2.145.444	334	1.104.840	51,50%

Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Ministério da Saúde (2020)

Outro fator a ser destacado é que, se considerarmos a rede de serviços públicos de saúde da capital, vemos que essa rede, que já é insuficiente, sofre pressão dos potenciais usuários oriundos do interior do Estado do Amazonas, revelando que há um grande desafio em relação a atenção à da saúde da criança e do adolescente no contexto de Manaus.

Insta salientar que a organização da política de saúde na cidade de Manaus em âmbito municipal (Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA) se dá através da divisão em Distritos de Saúde dispostos pelas zonas norte, sul, Leste e oeste e um distrito de saúde na zona rural, pois ainda que no contexto de um mesmo território:

A atenção à saúde pode sofrer influências do perfil epidemiológico da população, que depende, fundamentalmente, das condições e estilos de vida (modo de vida) e se expressa em necessidades (sofrimento, doença, agravos, riscos e ideais de saúde) e demandas por consultas, vacinas, informações, exames e hospitalizações (PAIM, 2006, p. 15).

Na esteira desse entendimento, a divisão do território urbano pelo ente municipal em distritos de saúde supõe a ideia de que sobre cada área adscrita ao mesmo será exercida a responsabilização sanitária e epidemiológica a partir do mapeamento das doenças, dos agravos e dos determinantes sociais de saúde que repercutem no processo saúde-doença nas diferentes configurações geográficas da cidade. Nessa direção, a PNAB (BRASIL, 2017) preconiza a

atenção do ente municipal voltada para a atenção primária à saúde, sendo esta reconhecida como estratégia preferencial de atenção aos indivíduos e coletividades, devendo ser capaz de ordenar o fluxo das demais necessidades de saúde a partir do primeiro contato que realiza junto aos diferentes segmentos geracionais em determinado território, o que requer práticas de cuidado integrado através de equipe multiprofissional. No entanto, conforme veremos adiante, tanto a baixa cobertura da atenção básica quanto o quantitativo e concentração do número de profissionais em maior número em duas categorias específicas (médicos e enfermeiros) impõem desafios de acesso e de universalização dessa política destinada ao segmento infantil.

Conforme site da SEMSA Manaus, as ações dirigidas para a saúde da criança e do adolescente pelo ente municipal estão sob responsabilidade do Núcleo de Saúde da Criança e Adolescente, subordinado ao Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde e destinam-se à faixa etária de 0 a 9 anos, com foco no nascimento saudável, no aleitamento materno e alimentação saudável, no crescimento e desenvolvimento, na prevenção da violência e promoção da cultura da paz, no cuidado à criança doente, e na vigilância da mortalidade infantil e fetal. Aos adolescentes são destinadas ações programáticas previstas no programa intitulado saúde do adolescente (MANAUS, 2019, s/p).

Visando dar conta do enorme desafio de atender a demanda crescente por ações e serviços de saúde, a responsabilização pelos níveis de atenção à saúde na cidade de Manaus é pactuada nas comissões intergestores bipartite² de forma que tanto o Estado quanto o Município executam ações e serviços que perpassam os três níveis de atenção, embora a atenção básica seja predominante dentre as responsabilidades do ente municipal.

Conforme já mencionado em dados acima, extraídos da plataforma e-Gestor do Ministério da Saúde, os mesmos revelam que em novembro de 2019 a cobertura dos serviços de atenção básica em saúde ofertados pelo ente municipal, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA na cidade de Manaus, apresentou percentual de cobertura da ordem de 51,50%, considerando a população de Manaus estimada pelo IBGE em 2.145.444 habitantes para 2019 (IBGE, 2017). Tal percentual de cobertura na atenção básica, de competência do ente municipal, atende aproximadamente 1.104.840 habitantes e é considerado menor que o registrado em dezembro de 2012, segundo dados do próprio e-Gestor, o que demonstra à época cobertura de 51,86% dos serviços de atenção básica na cidade, que contava

² Instância colegiada que no âmbito do Sistema Único de Saúde pactua o processo de gestão nos níveis Estadual e Municipal, as estratégias de hierarquização e execução das ações e serviços, criando mecanismos institucionais para o fortalecimento da capacidade de gestão em ambas as esferas (AMAZONAS, 2020).

com uma população na capital de 1.832.423, com alcance de cobertura de um público estimado de 950.385 habitantes.

Destacamos que em setembro de 2019 foi publicada portaria que flexibiliza o formato das equipes de saúde que compõem a atenção primária dessa política, o que explica o aumento no número de equipes responsáveis pela operacionalização do atendimento. Em Manaus, segundo a plataforma e-Gestor (2019), as equipes de saúde sob a responsabilidade do ente municipal totalizam 334, concebidas em dois diferentes formatos de atenção na esfera da atenção básica, conforme especificação de nota técnica sobre Relatório de Cobertura da Atenção Básica, sendo:

- 227 considerados do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF) caracterizados por serem compostos por equipes com médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de saúde bucal vinculada, formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene bucal;
- 107 ESF equivalentes: caracterizadas pelo número de equipes da atenção básica tradicional equivalentes a equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme carga horária de médicos e enfermeiros na atenção básica. Uma equipe equivalente deve ter no mínimo 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na atenção Básica.

Diante de tais dados, concluímos que a atual oferta dos serviços flexibilizou o modelo de atenção, diversificando o formato das equipes e enquadrando-as como parte da Estratégia Saúde da Família, diante do que verificamos que a oferta dos serviços, ainda assim, não acompanhou o crescimento populacional do período, com possíveis repercussões na saúde de crianças e adolescentes, expressando sério comprometimento na consolidação da atenção primária como estratégia preferencial de atendimento no Sistema Único de Saúde, uma vez ser considerada ordenadora do sistema e porta de entrada dos usuários, é responsável pela identificação de outros níveis de necessidade de atenção à saúde em tempo oportuno.

Referida constatação repercute no índice de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) e na infância (crianças menores de 5 anos) pelo fato de ser de responsabilidade do ente estatal, na figura preferencial do município, a oferta adequada de atenção à saúde da mulher na gestação, de cuidados ao recém-nascido, de imunização, dentre outros, que, se negligenciados, geram mortes totalmente evitáveis, as quais, em Manaus, segundo dados do Ministério da Saúde (Estatísticas vitais, 2017), apresentam a configuração expressa no quadro a seguir.

Quadro 5 – Óbitos de crianças menores de 5 anos no Amazonas e por causas evitáveis por região do país

CAUSAS EVITÁVEIS	NORTE	AMAZONAS	MANAUS	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
Com imunização	8	3	2	10	20	5	5
Com adequada atenção à gestação	1151	285	159	3.086	3.589	1.378	826
Adequada atenção no parto	518	132	24	1.323	1.278	384	242
Com adequada atenção ao recém-nascido	901	195	78	2.432	2.357	524	440
Com diagnóstico e tratamento adequado	612	195	105	955	1.277	270	232
Com ações de promoção à saúde vinculadas à atenção	66	224	41	1.067	1006	384	330
Causas mal definidas	145	64	10	251	254	53	61
Total	4001	1.091	419	9.124	9.781	2.998	2.136
Demais causas não claramente evitáveis	1.728	441	225	4.173	5.307	1.669	1.227
Total	5.729	1.539	644	13.297	15.088	4.667	3.363

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/DataSUS (2020).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2017, das 701 mortes de crianças (0 a 9 anos) residentes em Manaus, 559 (80%) ocorreram em crianças menores de 1 ano; 85 (12%) em crianças com idade entre 1 e 4 anos e 57 (8%) óbitos ocorridos em crianças com idade entre 5 e 9 anos, mortes estas em sua maioria, relacionadas à condição da primeira infância³, sobretudo a compreendida entre crianças menores de 1 ano, faixa etária onde se concentra uma taxa de mortalidade infantil em Manaus, segundo o Sistema de Mortalidade Infantil (SIM) do Ministério da Saúde, na ordem de 14,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos, sendo necessário analisar respostas da política de saúde para as crianças no contexto da cidade de Manaus, frente a esse sensível indicador que mede a qualidade de vida da população. Referido indicador tem demonstrado nas diferentes regiões do país e municípios que a mortalidade infantil se concentra no período neonatal⁴ em decorrência da:

Prematuridade e de agravos perinatais, bem como da extensão de morbidades evitáveis e sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário demonstra que

3 O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaise), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses (BRASIL, 2015, p.26).

4 Compreende o risco de morrer antes de completar 1 mês de vida, configurando-se em dentre vários indicadores de mortalidade, tais como mortalidade na infância (risco de morrer antes de completar 5 anos de vida); mortalidade em geral, mortalidade por causas específicas, dentre outros (RIBEIRO e BARATA, 2012).

estratégias governamentais, implementadas por meio de políticas públicas, poderiam reduzir as causas que levam ao adoecimento infantil pela ampla cobertura à prevenção de doenças e promoção da saúde (SILVA et. al., 2015, p. 719).

Conforme demonstrado na tabela acima referente às mortes na infância (crianças menores de 5 anos) em 2017, a Região Norte contabilizou 1.151 óbitos evitáveis com adequada atenção à gestante, sendo que o Amazonas responde por 24,76% desse total e Manaus com 13,81%. Ainda na Região Norte, as mortes evitáveis com adequada atenção no parto totalizam 518 óbitos evitáveis com adequada atenção ao parto, sendo que o Amazonas responde por 25,48% e Manaus por 4,63% desse total, revelando que:

[...] considerando que tanto no Brasil quanto no mundo a mortalidade concentrou-se e ainda se concentra no período neonatal, principalmente decorrente de agravos perinatais, tal fato nos leva a perceber que a equidade proposta nas diretrizes do SUS não está sendo praticada integralmente. [...] percebem-se as diferenças regionais em termos de MI, pois é possível observar dados bastante diferentes entre as regiões do Brasil, caracterizados pela extrema diversidade regional existente e pelas condições sociais (ARAÚJO et. al., 2014, p. 1005).

Conjugando os dados da tabela acima com os relacionados no Sistema de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, vemos que há em Manaus a prevalência de óbitos infantis dentre as crianças menores de 1 ano, estando estes concentrados nos primeiros meses de vida com ênfase nas crianças com idade entre 0 e 27 dias. Dessa forma, constatamos segundo o SIM que, dentre os 701 óbitos de crianças menores de 1 ano registrados na cidade de Manaus em 2017, 47% (330 óbitos) foram de crianças nessa faixa etária, sendo que, de acordo com o documento do Ministério da Saúde intitulado Mortalidade infantil e na infância (2018), as causas das mortes nessa faixa etária estão predominantemente relacionadas a determinantes mais sensíveis às condições de assistência, ou seja, se tivesse havido uma assistência à saúde condizente com a necessidade de atendimento da gestante ou da criança, tais mortes teriam sido evitadas, uma vez que:

Dentre os fatores que estariam associados a um maior risco de hospitalização por condição sensível à atenção básica destacam-se: ocorrência de internação prévia, falta de visitas regulares às unidades de saúde, atenção à saúde não realizada por uma equipe de saúde da família, internação solicitada por médicos que não atuam na equipe, disponibilidade de leitos hospitalares, falta de acesso e qualidade da atenção primária, residir em áreas não cobertas pela ESF e tempo de funcionamento da unidade de saúde (AMAZONAS, 2001, p. 110).

Vemos ainda que a baixa cobertura da atenção básica (51,50%), segundo o sistema e-Gestor do Ministério da Saúde, desponta como uma das possíveis causas da ocorrência de

mortes evitáveis, considerando que a baixa cobertura da atenção primária à saúde em Manaus tem o potencial de conduzir à falta de cuidados na gestação, na imunização, no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, na detecção de doenças prevalentes na Infância (BRASIL, 2015), o que compromete o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade da atenção, uma vez que a atenção primária é a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2017).

Entendemos que a insuficiência da cobertura impõe barreiras de acesso, que por sua vez compromete o direito da criança à saúde desde a concepção, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em relação à garantia de pré-natal adequado às gestantes. A partir do acesso da gestante, aumenta a possibilidade de as equipes de saúde sob responsabilidade do município detectarem alguma necessidade de atenção, oferecer resolutividade ou encaminhar para outro nível de assistência, quando necessário. Outro aspecto que merece ser destacado para fins de análise da situação de atenção à saúde da criança é o quadro de profissionais de saúde (médicos, não médicos e outras categorias) registrados no Ministério da Saúde, conforme a seguir:

Quadro 6 – Recursos Humanos cadastrados em Manaus por intermédio do SUS, segundo Cadastro Brasileiro de Ocupações - CBO 2002 – Competência referente à novembro/2019

Ocupações de Nível Superior	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Profissional Médico				
Anestesista	13	154	4	171
Cirurgião geral	53	119	10	182
Clínico geral	193	523	192	908
Ginecologista obstetra	13	191	58	262
Médico de família			138	138
Pediatra	141	407	116	664
Outras especialidades médicas	191	852	79	1.122
Subtotal	420	1.400	528	2.348
Outros Profissionais Não Médicos				
Assistente social	89	171	138	398
Bioquímico/farmacêutico	56	163	86	305
Enfermeiro	489	1178	389	2.056
Fisioterapeuta	94	295	32	421
Fonoaudiólogo	28	121	18	167
Nutricionista	23	102	34	159
Odontólogo (dados de 2015)	119	422	898	1.439
Psicólogo	72	194	94	360
Outras ocup. de nível superior relacionadas à saúde (dados de 2015)	35	43	67	145
Subtotal	851	2.224	791	3.866
Total	1.271	3.624	1.319	6.214

Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Ministério da Saúde (2019)

Vemos que, segundo tabela acima, que dos 6.214 profissionais da área da saúde cadastrados e trabalhando no município de Manaus, 2.358 são os profissionais médicos e 3.866

são os profissionais não médicos. Pelo quantitativo de profissionais explicitado na tabela acima, vemos que, embora se pretenda que o cuidado à saúde seja integral, a prática dos cuidados à saúde tem se demonstrado com foco no modelo biomédico, na doença e em grupos prioritários de atendimento.

Dessa forma, vemos que somados os trabalhadores de saúde não médicos (assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, fonoaudiólogo, nutricionista e outros), cadastrados em Manaus, totalizam a quantia de 1.810 profissionais, revelando que a concretização do entendimento do conceito de saúde abrangente idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária ainda é um desafio no Brasil e, especificamente na cidade de Manaus que, conforme vimos, desprestigia na política de saúde a atenção de outros profissionais não-médicos como fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicólogos, dentre outros, cujos campos de saberes permitiriam entender a construção da doença como resultado de múltiplos determinantes e condicionantes que nem sempre tem relação com a condição orgânica do corpo humano pura e simplesmente. Dessa forma, comparando o cenário atual com as bandeiras de luta em torno do movimento sanitário entre as décadas de 1970 e 1980, percebemos que há muito a avançar, pois àquela época, assim como hoje, segundo Silva et. al. (2015), o foco da assistência na doença impede que o conceito ampliado de saúde se desdobre no planejamento de ações de caráter integrador das necessidades de assistência, evidenciando uma forma de cuidar centrada no biológico que desconsidera a diversidade das situações de vida das famílias e das crianças, com recorrente indução dos cuidados para “[...] problemas imediatistas, deixando de utilizar poderosas ferramentas da APS: a promoção da saúde e a prevenção de doenças em prol da construção da integralidade” (SILVA et. al., 2015, p. 722).

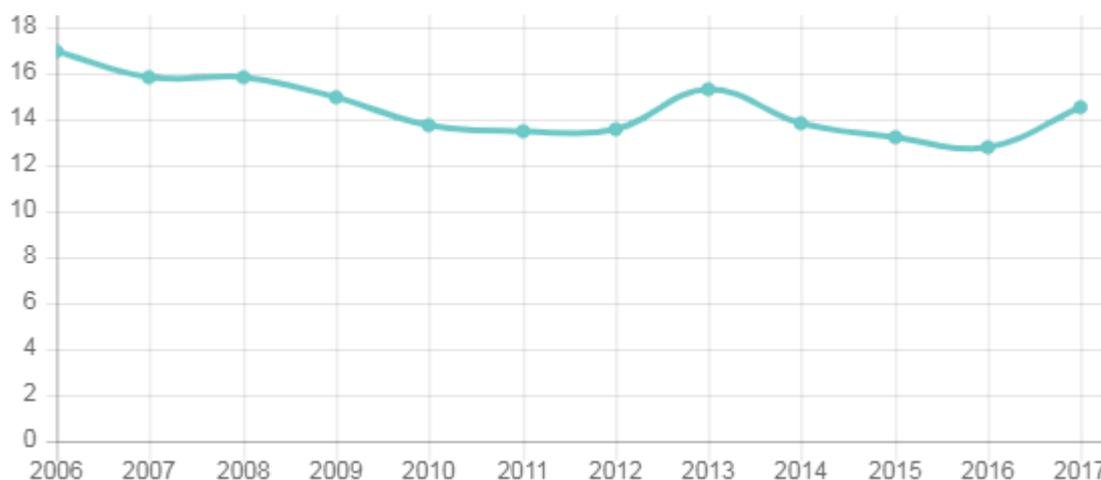
Complementam os autores que em uma política de atenção à saúde que se pretende integral, o privilegiamento do olhar biológico destoa do princípio da integralidade ao focar as ações e serviços de saúde no modelo biomédico, além de dar ênfase à causalidade do problema de saúde apresentado, o que leva à fragmentação do cuidado por serem desconsideradas outras questões como condições de moradia, acesso a creches, alimentação, lazer, saneamento, prescindindo de outros enfoques de saberes voltados para a produção de saúde.

Insta destacar que, segundo Araújo (2014), a preocupação com a saúde de crianças e de adolescentes resulta de lutas e de processos históricos que ensejaram um debate global e local sobre os direitos humanos das crianças, onde foram emergindo pactuações no interior de convenções internacionais que tratavam sobre a temática, com destaque para a Convenção dos Direitos da Criança (1989) e mais recentemente a pactuação dos objetivos do desenvolvimento do milênio fruto do encontro de mais de 189 nações, ocorrido no ano 2000 e que em 2015

avaliou como positivos os resultados alcançados pelo Brasil quanto à redução do índice de mortalidade infantil. Todavia, vemos que mesmo tendo melhorado esse indicador nas diferentes regiões do país, as diferenças regionais persistem como resultado de desigualdades socioeconômicas e políticas.

Em Manaus, cidade da região Norte, a concretização do acesso ao direito à saúde para a população crianças e adolescentes é um desafio, tendo em vista que representa 28,36% da população, compõe-se do segmento geracional de 0-14⁵ anos e a capital amazonense conta um quadro reduzido de profissionais da saúde, o que inviabiliza o direito à saúde deste e dos demais segmentos geracionais. Não por acaso o gráfico a seguir revela um aumento da mortalidade infantil em 2017 após declínio verificado entre os anos de 2014 e 2016, conforme série histórica divulgada pelo IBGE (2017), aumento constatado após declínio dos óbitos entre os anos de 2014 a 2016, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Dados de Mortalidade Infantil na cidade de Manaus entre os anos 2007 a 2017



Fonte: IBGE Cidades (2020).

Diante do exposto, como forma de enfrentamento e tentativa de reversão do cenário acima exposto pelo gráfico 1, paralelamente ao atendimento do ente municipal, o ente estadual coordena a atenção à saúde em Manaus e mantém a responsabilidade de parte da atenção básica voltada para o segmento geracional da criança e de parte da adolescência (até 13 anos e 11 meses) através dos Centros de Atenção Integral à Criança, conhecidos por CAIC. Embora seja

⁵ Pelo critério do Estatuto da Criança e do Adolescente, criança é o sujeito que tenha até doze anos incompletos e adolescente corresponde a faixa etária de 12 a 18 anos incompletos (ECA, 2021).

Segundo o critério biológico criança corresponde ao ciclo de vida que vai de 0 a 9 anos e adolescente corresponde ao ciclo que compreende os sujeitos na faixa etária de 10 a 19 anos.

No trabalho evidenciamos a faixa etária de 0-14 anos por ser a destinatária dos serviços ofertados pelos CAICs, *locus* da pesquisa (AMAZONAS, 2001).

de competência do município atender as demandas por serviços básicos de saúde para todos os segmentos geracionais, com foco na família e no território, o Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SES-AM, coordena a oferta de serviços nesses centros de atendimento, desde o ano 2000, cuja missão é:

Garantir o atendimento ambulatorial à criança, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da infância e nas ações de saúde preventivas das crianças da área de abrangência do CAIC, com equipe multidisciplinar capacitada e com maior resolutividade possível (AMAZONAS, 2001, p. 11).

Percebemos que a ênfase dada à missão dos CAICs se ancora no processo médico-curativista, com clara visão biomédica dos cuidados a serem destinados ao público-alvo do atendimento. Referida visão, além de mostrar o distanciamento dos ideais da Reforma Sanitária, talvez encontre um ponto de explicação no tocante ao momento pelo qual passava o Brasil na ocasião da criação dos mesmos, no ano 2000, pois neste ano foram estabelecidos os objetivos do desenvolvimento do milênio, e dentre eles, um voltado para a saúde da criança (redução da mortalidade infantil. Logo, os Estados precisaram pactuar ações nesse sentido, que, coincidentemente ou não, em Manaus, culminou na implantação de referidos dos centros de atendimento em diferentes zonas da cidade. Não queremos com isso afirmar que houve redução da mortalidade por conta desse fato isoladamente. Para tanto, precisaríamos nos aprofundar na investigação desta questão, porém, não é objetivo dessa pesquisa.

Além do mais, sabemos que a produção da saúde e dos modos de adoecer vai além das estratégias da política de saúde, pois é preciso que as pessoas também vivam em condições que gerem saúde, daí porque ser importante considerar além da rede de atenção, a intersectorialidade entre as políticas públicas como educação, infraestrutura, acesso à renda, água, ao saneamento básico visando reduzir a influência dos determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos na produção do adoecimento, o que exige muito mais que serviços de saúde propriamente ditos e sim de condições que gerem saúde à população em geral e ao segmento infantil em particular.

Conforme mapa abaixo, trata-se de um serviço de responsabilidade do ente estadual e encontra-se disposto nas diferentes zonas de Manaus, sendo tais unidades consideradas, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES como centros de especialidades médicas e parte da estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SES-AM. De acordo com o organograma institucional da SES-AM, os CAICs encontram-se hierarquicamente subordinados em ordem descendente à Secretaria Executiva Adjunta de atenção especializada da capital (SEA Capital), ao Departamento de Ações de Saúde

da Capital e por fim, têm suas ações acompanhadas pela gerência de centros de especialidades (GECEM). Em Manaus encontram-se distribuídos pelas zonas geográficas, conforme o quadro seguinte.

Quadro 7 – Centros de Atenção Integral à Criança – CAICs distribuídos pelas zonas geográficas de Manaus

ZONAS DE MANAUS	CAIC
Zona Norte	CAIC Paulo Xerez (CAIC Dra. Maria Helena Freitas de Góes) CAIC Moura Tapajoz CAIC Gilson Moreira
Zona Sul	CAIC Alexandre Montoril CAIC Crisólita Torres (Josephina de Melo)
Zona Centro-Sul	CAIC Afrânio Soares
Zona Leste	CAIC Edson Melo CAIC Corina Batista CAIC José Contente
Zona Oeste	CAIC Alberto Carreira
Zona Centro-Oeste	CAIC José Carlos Mestrinho CAIC Rubim de Sá

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de: Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SES-AM.

Mapa 1– Localização dos CAICs por Zona na Cidade de Manaus-AM



Fonte: Elaborado por PINTO (2020) com base em Google Maps (2020)

Classificados pela SES-AM como Centros de Especialidades, referidas unidades oferecem atendimento médico, de enfermagem, de serviço social, de psicologia, imunização, teste do pezinho e atendimento odontológico nas diferentes zonas da capital com proposta de atendimento por uma equipe de saúde nos turnos matutino e vespertino.

Referido atendimento abrange o público de 0 a 13 anos e 11 meses e 29 dias através de demanda espontânea e programada e disponibiliza os mesmos serviços que estão contidos em Unidades Básicas de Saúde, mas que não se sobrepõem em razão da baixa cobertura da atenção básica, conforme explicitamos anteriormente. Afirmamos não haver sobreposição pelo fato de que, conforme já demonstrado nas tabelas 2 a 6, temos uma população na faixa etária de 0-14 anos correspondente a 28,36% da população de Manaus que conta com uma rede assistencial ainda pequena em relação a esse quantitativo, o que compromete o acesso à saúde em todos os níveis de assistência dessa política pública.

Para Paim (2009), na realidade das práticas de saúde, a maior parte das demandas poderiam ser resolvidas na porta de entrada do Sistema Único de Saúde, no entanto, acabam por ser atendidas nos demais níveis de atenção, seja pelo agravamento do quadro de saúde, seja pela falta de acesso no nível oportuno que seria a atenção básica através de ações de saúde voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade. Dito de outro modo, somente se esgotadas as respostas nesse nível de atenção é que a demanda seria referenciada para a atenção especializada no âmbito do SUS. Ocorre que o comprometimento da capacidade de resolução da saúde na atenção primária pressiona a atenção da média e da alta complexidade em razão do não-acesso à saúde básica, da demora no diagnóstico e do tratamento e de violações de toda ordem, ficando as crianças e os demais segmentos geracionais vulneráveis quando da negativa do acesso à saúde enquanto direito, evidenciando que:

A integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. No entanto, a maioria dos problemas de saúde apresentados pelas pessoas é simples. Pesquisas indicam que mais de 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal. Assim, a atenção básica constitui o primeiro nível de atenção no interior do sistema de saúde e engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo (PAIM, 2009, p. 60).

Somado a esse cenário de insuficiência na atenção à saúde de crianças e adolescentes destacamos que, segundo os dados do IBGE – Cidades e Estados, 37,9% (2010) da população dispõe de rendimento per capita mensal de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e que a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 23,7%, (2018), o que nos remete à análise de que se temos 28,36% da população de Manaus na faixa etária de 0-14 anos, possivelmente este

segmento encontra-se inserido, em grande parte, em contextos familiares que enfrentam dificuldades de reprodução de suas necessidades materiais, sociais, culturais, assim como encontram-se à margem da possibilidade de acesso a cuidados integrais em razão da insuficiente rede de atenção evidenciada anteriormente através das unidades do Estado e do Município no contexto da cidade de Manaus, frente ao contingente populacional nessa faixa etária.

Corroborando com essa análise, percebemos a focalização das ações e serviços de saúde do ente estatal quando, no Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas (2016-2019), demonstra priorização da Rede Materno-infantil nas crianças de até 02 anos:

Rede Materno-Infantil - RMI/Rede Cegonha Pretende-se através da Rede Materno Infantil (RMI) ofertar um modelo de atenção que amplia e fortalece a assistência às grávidas e às crianças até o segundo ano de vida. Prevê um conjunto de ações que visam ampliar uma rede de cuidados, que assegure às mulheres assistência adequada, desde o planejamento reprodutivo, confirmação da gravidez, pré-natal, parto e atenção ao bebê até os seus dois primeiros anos de vida. (AMAZONAS, 2015, p. 117).

Conforme observamos, o citado plano foi proposto frente à visibilidade internacional da vulnerabilidade desse segmento geracional, sobretudo de crianças menores de 2 anos, faixa etária eleita pelo Ministério da Saúde para figurar na estratégia de redução de mortes evitáveis para de recém-nascidos e de crianças menores de 5 anos da meta 3.2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, firmando-se o compromisso em reduzir a mortalidade neonatal para no máximo 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo 8 por mil nascidos vivos até 2030. (BRASIL, 2018).

Percebemos que ainda há desafios no contexto da atenção à saúde da criança e do adolescente em Manaus, pois a ocorrência das mortes evitáveis nessa faixa etária permanece uma realidade. Para tanto, a rede estadual, através dos Centros de Atenção Integral à Criança, contribui com atendimentos para o segmento geracional de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos incompleto, que ainda assim, não torna a atenção satisfatória por não abranger a toda a demanda, a qual muitas vezes precisa deslocar-se para prontos-socorros para ser atendida em situação que poderia ter sido atendida na porta de entrada, nisso incluída a rede básica de saúde municipal, cuja cobertura não contempla a população atual da cidade de Manaus. Ainda assim, tais centros de atendimento expressam considerável número de atendimentos, conforme registros de atendimentos do ano de 2018:

Tabela 2 – CAICs e seus respectivos atendimentos classificados por zona na cidade de Manaus (período: 01 jan. 2018 a 31 jan. 2018)

Zona	Unidade de Saúde	Pediatria	Serviço Social	Endocrinologia	Psicologia	Odonto-Pediatria	Cirurgião-Dentista	Enfermagem	Total
Oeste	Alberto Carreira	20.638	1.800	-	818	621	3.612	1398	28887
	Dr. Rubim de Sá	25.124	3.418	-	1.012	1.220	2.089	1615	34478
	José Carlos Mestrinho	26.093	1.321	-	1.714	-	3.351	617	33096
	Total	71.855	6.539	0	3.544	1.841	9.052	3.630	96.461
Leste	José Contente	55.068	195	-	1.613	50	1.186	64	58.176
	Ana Maria Braga	54.677	411	-	1.103	440	-	5.278	61.909
	Edson Melo	29.681	879	-	191	1.172	346	2.154	34.423
	Total	139.426	1.485	0	2.907	1.662	1.532	7.496	154.508
Norte	Moura Tapajoz	42.561	491	-	973	12	3.287	403	47.727
	Dra. Maria Helena	39.600	43	-	1.120	804	4.465	5.059	51.091
	Dr. Gilson Moreira	38.073	2.963	-	1.090	-	271	3.624	46.021
	Total	120.234	3.497	0	3.183	816	8.023	9.086	144.839
Sul	Alexandre Montoril	18.922	4.719	-	972	-	5.365	3.652	33.630
	Dr ^a Josephina de Mello	36.393	3.201	-	2.206	2.157	-	6.147	50.104
	Dr. Afrânio Soares	26.819	3.245	2632	1.919	1.967	2.771	3.405	42.758
	Total	82.134	11.165	2632	5.097	4.124	8.136	13.204	126.492

Fonte: Adaptado de Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (2018).

Vemos que as zonas norte e leste, que possuem uma população de 0-14 anos, respectivamente, com 190.244 e 188.203, apresentaram expressivo número de consultas de pediatria no ano de 2018 em comparação com os demais segmentos de profissionais. Isso porque os Centros de Atenção dispunham, até 2018, de 06 profissionais médicos oriundos de cooperativas médicas para atender o público-alvo, segundo dados constantes no sítio oficial da SES-AM/Gerência de Especialidades Médicas (GECM/SES-AM), enquanto os demais segmentos profissionais contam com um profissional em cada turno de trabalho, procedentes do quadro de servidores da SES-AM. A partir de 2018 houve uma redução do número de profissionais em razão da notória crise que se agravou no setor de saúde, gerando constantes atrasos de salários dos trabalhadores médicos terceirizados e dos demais prestadores de serviço

de modo geral, o que veio a afetar os atendimentos nestes Centros, que passaram a dispor de menos profissionais médicos desde então, como forma de reduzir custos com esse serviço.

Dessa forma, além da baixa cobertura da atenção primária em saúde do ente municipal, do foco no modelo biomédico na cidade de Manaus, do estrangulamento da atenção especializada pela absorção de demandas da porta de entrada do sistema de saúde, vemos que processos sociais, econômicos e políticos engendram condições de vida que impactam no processo saúde-doença desse segmento geracional, pois a saúde resulta de boas condições de alimentação, água encanada, esgoto, coleta de lixo, acesso à renda, trabalho, lazer, etc., dimensões severamente comprometidas no atual cenário de desmonte de direitos da classe trabalhadora. Dessa forma, a construção do processo saúde-doença remete à consideração dos fatores condicionantes da saúde, que, segundo Bravo (2009), no cotidiano dos serviços de saúde visualizamos a distância entre a concepção ampliada de saúde preconizada pela VIII Conferência Nacional de Saúde e a realidade experimentada pela maioria da população brasileira.

Vemos, portanto, que essas e outras questões geram demandas que muitas vezes extrapolam o campo de solução do setor saúde. Isto significa dizer que uma população cada vez mais pauperizada recorre aos serviços públicos de saúde, em situação de desemprego e desigualdade no acesso à renda, com inúmeros problemas de saúde resultantes do não-acesso às condicionantes de seu bem-estar biopsicossocial acima expostas em razão da crescente precarização das políticas sociais de saúde e da clara opção do Estado por um projeto de privatização dos serviços essenciais, de desmonte dos direitos conquistados e de desmobilização da classe trabalhadora pelo reforço do suporte ideológico neoliberal, levando à conclusão de que a cidadania das crianças da cidade de Manaus está em constante ameaça, visto não gozarem de atenção à saúde que responda à consequência mais agudizante da negligência do Estado, qual seja, a geração de mortes evitáveis por políticas públicas que atentassem para os indicadores e implementasse estratégias para enfrentá-los.

CAPÍTULO II

**O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS CAICs E AS
RESPOSTAS ÀS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL:
ELEMENTOS PARA DEBATE**

2.1 O trabalho do assistente social em debate na saúde: socialmente necessário a que projeto societário?

Para Iamamoto e Carvalho (2005), pensar o surgimento do Serviço Social enquanto profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho requer uma reflexão acerca da categoria trabalho proposta por Marx, gestada a partir do modo de produção capitalista e que expressa uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem os meios de produção e as condições materiais que garantem a satisfação de suas necessidades. Nessa relação de produção e de reprodução da vida material, constroem relações sociais marcadas por desigualdades sociais expressas pelo acesso diferenciado ao produto da riqueza socialmente gerada pela classe trabalhadora. Nesse sentido, destaca Iamamoto (2005, p. 30):

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Nesse processo se reproduzem, concomitantemente, as ideias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrendo o antagonismo que as permeia.

Segundo Forti e Guerra (2013), a visualização dos processos sociais como sendo totalidades geradas a partir da capacidade criadora dos indivíduos, expressa o trabalho como uma categoria central e essencial do ser humano, evidenciando que:

A forma como os indivíduos manifestam a sua vida reflete muito exatamente aquilo que são, o que são coincide, portanto, com a sua produção, isto é, tanto com aquilo que produzem como com a forma como o produzem. Aquilo que os indivíduos são, depende, portanto, das condições materiais da sua produção [...]
A forma dessas relações é por sua vez condicionada pela produção (MARX E ENGELS, 1999, p. 12).

Vemos que, conforme os autores acima, a sociedade resulta da ação concreta dos homens, destacando que a forma como produzem para satisfazer suas necessidades materiais forja relações sociais que determinam seu lugar na sociedade a partir da forma de acesso aos bens necessários à sua reprodução material e social.

A partir do século XIX, com o desenvolvimento mais intenso do modo de produção capitalista, os trabalhadores passam a ser expropriados de suas formas habituais de sobrevivência, sendo separados dos meios que se utilizavam na reprodução de sua existência material e que garantia, portanto, a satisfação de suas necessidades e aqueles passam a sobreviver da venda de sua força de trabalho enquanto única fonte para sua sobrevivência.

Para Marx (2017), o operariado – ao movimentar os meios de produção em prol da criação de mercadorias – cria riqueza em razão de ter dispensado trabalho além do que era socialmente necessário, sem ser integralmente pago por ele. Ressalta ainda, que, dada sua condição de detentor da sua força de trabalho como único meio para sobreviver, não consegue se desvencilhar do capitalista sem que isso afete sua própria sobrevivência, assim como a sobrevivência do próprio capital, ou seja, um pressupõe o outro para que o capital continue a existir. Nesse sentido, segundo Marx (2017):

[...] Por um lado, o processo de produção transforma continuamente a riqueza material em capital, em meio de valorização e de fruição para o capitalista. Por outro, o trabalhador sai do processo sempre como nele entrou: como fonte pessoal de riqueza, porém despojado de todos os meios para tornar essa riqueza efetiva para si. Como antes de entrar no processo seu trabalho já está alienado dele [*ihm selbst entfremdet*], apropriado pelo capitalista e incorporado ao capital, esse trabalho se objetiva continuamente no decorrer do processo, em produto alheio. [...] (MARX, 2017, p. 645, grifos do autor).

Percebemos que a relação social de produção expressa pelo capital engendra a organização de uma sociedade de classes, onde uma detém os meios de produção e o poder de compra sobre o único meio de sobrevivência da outra classe – a força de trabalho da classe trabalhadora – representante do trabalho vivo e necessária para a extração da mais-valia e benefício da multiplicação do capital. Essa forma de organização sócio-histórica, onde uma classe detém a propriedade dos meios de produção e que determina a forma de sobrevivência da outra classe – a dos trabalhadores – configura o modo de produção capitalista, permeado por uma maneira específica de relação social:

Sendo o capital uma relação social, supõe o outro termo da relação: o trabalho assalariado, do mesmo modo que este supõe o capital. Capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos; um se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro. O capital pressupõe como parte de si mesmo o capital assalariado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2015, p.30).

A subordinação do trabalhador dá-se por meio do processo de alienação, segundo o qual o produto de seu trabalho torna-se um objeto estranho ao mesmo, dele não podendo usufruir

pelo fato de ter sido remunerado num valor muito aquém do valor a que teria direito. Referida alienação é parte constituinte do modo de produção capitalista que, além ser considerado um modo de produção, é considerado “um estilo de vida” que se espalha por toda a sociedade, criando na subjetividade da classe proletária e no conjunto da sociedade a naturalização da exploração da maioria em benefício de privilégios de elites ligadas a esse modo de produção. Dessa forma, expressa Marx, em O Capital, Capítulo XXI que:

[...] o próprio trabalhador produz constantemente a riqueza objetiva como capital, como poder que lhe é estranho, que o domina e explora, e o capitalista produz de forma igualmente contínua a força de trabalho como fonte subjetiva de riqueza, separada de seus próprios meios de objetivação e efetivação, abstrata, existente na mera corporeidade do trabalhador; numa palavra, produz o trabalhador como assalariado. Essa constante reprodução ou perpetuação do trabalhador é a condição *sine qua non* da produção capitalista (MARX, 2017, p. 645).

De acordo com Antunes (2009), sendo o modo de produção ainda vigente na atualidade, apresenta-se com nova morfologia em razão da diversificação da classe que vive do trabalho⁶, ou seja, na atualidade, esta classe complexifica-se em razão da subproletarização e da precarização apresentada pelos trabalhadores *part time*, por hora/por tarefa, com diferentes tipos de inserção no mercado de trabalho, com ampliação dessa classe, englobando:

Todos aqueles que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando além do proletário industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural [...] incorpora o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, *part time* [...] os trabalhadores da economia informal, que muitas vezes são indiretamente subordinados ao capital, além os trabalhadores desempregados [...] (ANTUNES, 2009, p. 104).

O cenário acima referido pelo autor é uma realidade no mundo inteiro, que, numa medida particularizada de cada contexto, vem demonstrando na configuração da nova morfologia do trabalho a complexificação e heterogeneização do mercado de trabalho, assim como rechaça a tese de que o trabalho está desaparecendo. Explica que, contrariamente, houve sua ampliação de forma diferenciada do proletariado industrial, esse sim, em constante redução. O que se observa, segundo Antunes (2009), é o crescente uso da força de trabalho pelo sistema capitalista, o qual combina trabalho produtivo (que gera mercadorias com valor de troca) e improdutivo (considerado como sendo o setor de serviços em seu largo espectro: serviços

⁶ Para Antunes (2009), a classe que vive do trabalho é heterogênea e diz respeito à totalidade de homens e mulheres desprovidos de meios de produção e que vendem sua força de trabalho no campo e na cidade em troca de salário: o proletariado industrial e rural, os trabalhadores terceirizados, subcontratados, temporários, do setor de serviços, de *telemarketing* e *call centers*, além dos desempregados.

públicos, terceirizados, de turismo, de marketing, vigilância, todos na condição de subempregados, *part time*, por tarefa, dentre outros), que, apesar de não gerarem valor de troca numa relação imediata como capital, encontram-se intrinsecamente com ele imbricado:

[...] A expansão do trabalho em serviços, em esferas não diretamente produtivas, mas que muitas vezes desempenham atividades imbricadas com o trabalho produtivo, mostra-se como outra característica importante da noção ampliada de trabalho, quando se quer compreender o seu significado no mundo contemporâneo (ANTUNES, 2009, p. 216).

O Serviço Social não passa ao largo dessas transformações societárias vividas no mundo do trabalho pelo fato de que, desde sua institucionalização na realidade brasileira, encontra-se diretamente ligado ao atendimento da classe que vive do trabalho, embora não tenha sido, originariamente, por esta classe requisitado (IAMAMOTO, 2015).

Desde a década de 1940, a configuração do capital no contexto brasileiro começa a experimentar a transição de uma economia agroexportadora para uma economia de base industrial, formando um contingente urbano-industrial superior às capacidades de absorção dos espaços das fábricas e das cidades, o que gerou, por certo, segundo Silva (2016), inúmeras expressões da questão social, as quais adquirem visibilidade através das formas de organização do proletariado como mecanismos de resistência, sendo a profissionalização do Serviço Social contemporânea a esse momento histórico da realidade brasileira, cabendo lembrar que:

[...] a profissionalização do Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo está intimamente ligado à emergência da questão social no período já sinalizado do desenvolvimento do capitalismo, no qual o movimento operário já se coloca como classe *para si*, aglutinando forças para a superação da sociedade capitalista. (CARDOSO et. al., 1997, p. 24 – grifos da autora).

É no bojo das transformações que permeiam esse momento histórico que ocorre a institucionalização do trabalho profissional, à época profundamente marcado pela doutrina social da igreja católica de base neotomista e que culpabilizava o homem pelo seu desajustamento à dinâmica das relações sociais de produção e de reprodução da vida material.

Dito de outro modo, o Serviço Social institucionaliza-se sem romper os muros da moral e do ajustamento da pobreza, aceitando o que estava na essência da exclusão vivenciada por largo segmento da classe trabalhadora em situação de mendicância, sem-terra, sem emprego, sem moradias salubres, sem saúde e sem educação. Enfim, tendo como objeto do trabalho profissional (o homem), seu fazer profissional era funcional ao modo de produção capitalista pelo fato de imprimir uma postura ajustadora e de adequação do sujeito ao modo de produção

capitalista sem questionar os fundamentos da questão social expressa no cotidiano da classe trabalhadora, conforme lecionam Cardoso et al. (1997, p. 24):

[...] o Serviço Social, no Brasil e no mundo, surge dentro da estratégia de dar um tratamento sistemático à questão social e de frear o movimento operário, por um lado, e no sentido de assegurar as condições gerais de reprodução do capital no fordismo-keynesianismo.

O Serviço Social, ao mesmo tempo que atendia às necessidades dos trabalhadores por intermédio das políticas sociais, igualmente corroborava com a contenção da força de trabalho que, conforme explicitado, começava a esboçar resistência. Essas resistências, antes tratadas sob o binômio da repressão-assistência, passam a ser canalizadas para o interior das instituições, processo este, de acordo com Netto (2008), intensificado a partir da chegada dos militares ao poder em 1964.

Nesse sentido, com o advento da ditadura civil-militar, a conjuntura histórica impõe novas exigências ao trabalho profissional como forma de obter reconhecimento social pela sociedade em geral e notadamente junto ao bloco de poder. A profissão mantém a continuidade com o seu caráter conservador, pois a instauração da autocracia burguesa (NETTO, 2008) suscitou a adequação do trabalho profissional às exigências da burocracia e do controle social, a qual visava implementar ações de cunho político e contencionista dos movimentos sociais de resistência da classe trabalhadora, impedindo, dessa forma, os mecanismos de mobilização, o que findava por despolitizar resistências por parte da classe trabalhadora.

Segundo Netto (2008), a profissão consolida-se na divisão sociotécnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo no bojo da ditadura civil-militar, passando a tecer coletivamente um caráter instrumental de seu fazer profissional, pondo-o a serviço da classe burguesa para atender um cenário de novas políticas sociais, bem como a uma malha organizacional responsável por sua elaboração e execução, o que, por consequência, repercute na maneira como será tratada a questão social (binômio repressão-assistência) e que gera rebatimentos no trabalho do assistente social, em razão de sua inserção em novos espaços institucionais e na sua relação com as expressões da questão social evidenciadas como expressões do modelo econômico adotado, conforme demonstra Bravo (1996):

Em síntese, a 'modernização conservadora' redefiniu a base de legitimidade profissional a partir das novas exigências do mercado de trabalho e do quadro de formação para ele. É nesse contexto que Netto (1989) aponta o processo de renovação do Serviço Social, com o surgimento de diversas propostas teórico-metodológicas, com diferenças ideológicas, com projetos profissionais em confronto, com concepções interventivas diversas, com práticas múltiplas, com proposições de

formação alternativas, com formas de organização antes desconhecidas e uma discussão teórico-ideológica inédita. [...] (p. 86).

A chegada aos anos 1980 traz consigo um acerto de contas teórico-metodológico inaugurado pelas formulações teóricas como as de Iamamoto e Carvalho de 1982 (*Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*) que desafiam a profissão a se entender fora de qualquer pretensão de neutralidade, sinalizando para o rompimento com o legado positivista e funcionalista e para a construção de uma mediação teórico-metodológica e política entre trabalho e profissão. Como se percebe, o Serviço Social pode ser considerado uma profissão socialmente determinada que se constitui e se modifica no decorrer de circunstâncias históricas e objetivas, sendo as mudanças fruto dos seus agentes que em determinados momentos históricos a constroem coletivamente, gerando repercussões na formação e no trabalho profissional, portanto, resultado:

[...] dos sujeitos que a constroem e a vivenciam. Sujeitos que acumulam saberes, efetuam sistematizações da sua prática e contribuem na criação de uma cultura profissional, historicamente circunscrita. Logo, analisar a profissão supõe abordar, simultaneamente, os modos de atuar e de pensar que foram por seus agentes incorporados, atribuindo visibilidade às bases teóricas assumidas pelo Serviço Social na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social (IAMAMOTO, 2015, p. 58).

De acordo com Cardoso et. al. (1997), algumas incursões coletivas foram fundamentais para o salto de qualidade atribuído à profissão no período em comento, sendo importante destacar, dentre eles, a revisão do código de Ética Profissional de 1986 (realizada em 1993), a construção do currículo mínimo de 1996, posteriormente transformado em Diretrizes Curriculares, sinalizando para uma nova direção social apontada pela profissão a partir da década de 1980, assim como a Lei de Regulamentação da Profissão. Pode-se dizer, portanto, serem estes os pilares sobre os quais o trabalho e a formação profissional referenciam-se para inscrever e garantir seu reconhecimento social perante o coletivo de trabalhadores, as instituições empregadoras e a sociedade em geral.

Segundo as autoras, a década de 1980 foi fecundada por mudanças de relevo para o cenário da discussão de ruptura com o conservadorismo a partir da aproximação do marxismo como referencial hegemônico, com a clareza de que a questão social é a matéria prima do trabalho do assistente social e o reconhecimento de que a categoria trabalho é central na compreensão do Serviço Social enquanto uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e inserida em processos de trabalho, processos esses que tornam visíveis o conjunto de ações que inscrevem a profissionalidade e a função social da profissão. (CARDOSO et. al.,

1997). Portanto, compreendida enquanto uma profissão que se insere em processos de trabalho, a ela se impõe o conhecimento da realidade social à luz dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos capazes de desvelar as expressões da questão social, o caráter contraditório das políticas que fazem seu enfrentamento, bem como a construção de uma capacidade técnico-operativa, permeado por uma instrumentalidade do trabalho com foco no projeto societário da classe trabalhadora.

Para as autoras, a compreensão de que a profissão se insere em processos de trabalho imprime centralidade para o trabalho profissional, ao ser reconhecida a presença dos elementos comuns a qualquer processo de trabalho: objeto de trabalho, meios de trabalho e produto de trabalho, hoje claramente delimitados no trabalho do assistente social, uma vez que:

A abordagem do exercício profissional como trabalho permite recolocar as dimensões constitutivas do fazer profissional articuladas aos elementos fundamentais componentes de todo e qualquer processo de trabalho: o objeto ou a “matéria-prima” sobre o qual incide a ação transformadora do trabalho; os meios de trabalho - instrumentos, técnicas e recursos materiais e intelectuais que propiciem uma potenciação da ação humana sobre o objeto – e a atividade do sujeito direcionada por uma finalidade, ou seja, o próprio trabalho (CARDOSO et.al., 1997, p. 18).

Em consonância com as autoras acima citadas, Iamamoto (2015) expressa a materialidade desses componentes do trabalho na particularidade do trabalho profissional do assistente social ao evidenciar ser descabida a afirmação dos profissionais de que não conseguem apreender “qual o negócio do Serviço Social?” O que faz o Serviço Social? A quem se destina sua atuação? Qual o produto/resultado do trabalho do assistente social? Assim sendo, a autora se posiciona acerca dos componentes do trabalho na particularidade do trabalho profissional do assistente social, demonstrando que:

O objeto de trabalho [...] é a questão social. É ela em suas múltiplas expressões que provoca a necessidade da ação profissional [...]. [...] o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo [...]

[...] Quais são os meios de trabalho do assistente social?

A noção estrita de instrumentos se amplia como mero conjunto de técnicas para abranger o conhecimento como o meio de trabalho, sem o que esse trabalhador especializado não consegue efetuar sua atividade ou trabalho. As bases teórico-metodológicas [...] contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a moldam (IAMAMOTO, 2015, p. 62).

Conforme explicitado pela autora, a análise do trabalho do assistente social tornou-se fundante no processo de renovação da profissão. Isso porque trata-se de um trabalhador que sobrevive igualmente a outros trabalhadores através da venda de sua força de trabalho para o

Estado ou para o capitalista, por serem estes detentores dos meios necessários para a realização do trabalho profissional (recursos para mediação do trabalho, tais como as políticas sociais de cunho público ou privado, os espaços onde a materialidade do trabalho profissional se apresenta, os serviços que podem ser postos como direitos aos usuários que demandam sua intervenção profissional), bem como são detentores dos espaços socialmente legítimos onde se manifesta o objeto sobre o qual irá atuar o trabalho do assistente social – a questão social, a qual se expressa em diferentes espaços sócio-ocupacionais: instituições públicas, empresas, organizações da sociedade civil, entre outros campos de trabalho, num mercado atualmente em diversificação crescente, segundo Antunes (2008).

Afirma Iamamoto (2015) que a questão social, considerada objeto de trabalho do assistente social, não lhe é exclusivo, posto que a mesma se expressa no contexto do trabalho coletivo no qual o assistente social está inserido e deste profissional é exigido que tenha uma compreensão de totalidade capaz de desvelar a gênese da questão social presente no cotidiano profissional, entendendo que o que sustenta sua manifestação é o processo de acumulação propiciado pelo capital e pela subsunção do trabalho por esse modo de produção, competindo-lhe:

[...] a realização de atividades profissionais qualificadas, competentes e consequentes que exijam fundamentação teórica, ético-política e técnico-instrumental, sem que nesse arcabouço – ou seja, entre as dimensões do exercício profissional – caibam hierarquizações, desqualificações e/ou exclusão (FORTI; COELHO, 2015, p. 28).

De acordo com Iamamoto (2015), complementando o ciclo de componentes do trabalho presentes nos processos de trabalho nos quais se insere o assistente social, cabe a pergunta: qual o produto do trabalho do assistente social? Destacando que o produto desse trabalho, longe de ser neutro, encerra uma intencionalidade que pode atender a interesses destoantes do projeto ético-político da profissão, mas igualmente pode intencionar um efeito no processo de reprodução da vida social daqueles que vivem do trabalho, evidenciado pelo fato de que:

O trabalho do assistente social tem um efeito material e social na vida daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho [...] por meio dos serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalha na área da saúde, educação, condições habitacionais e outras. Assim, o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora (p. 67).

De acordo com a autora, o assistente social não produz objetos materiais que representem valor de troca, mas sua utilidade social é reconhecida por ser um profissional que

incide no campo do conhecimento da realidade sobre a qual atua, nos comportamentos, nos valores, gerando resultados que interferem na vida dos sujeitos, ou seja, seu trabalho, embora não se corporifique como algo autônomo, em razão de ser um trabalho expresso pela prestação de um serviço, expressa uma utilidade social.

Complementam Matos (2015) e Guerra (2016) que, em tempos de necessária reafirmação de vinculação da profissão ao projeto societário da classe trabalhadora, é necessária a compreensão de que o trabalho profissional se move por uma intencionalidade ligada às condições objetivas e subjetivas de atuação, que inscrevem a particularidade de cada espaço sócio-ocupacional onde se desenvolve o trabalho profissional.

Nesses diferentes espaços sócio-ocupacionais, o projeto de profissão há de considerar os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos que norteiam o trabalho dos assistentes sociais, a partir dos pilares que inscrevem a profissionalidade dos mesmos: diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996 (inscrevem as bases teórico-metodológicas necessárias para o desvelamento da realidade social), o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão, conforme mencionados anteriormente.

No caso específico do Serviço Social, este, segundo Guerra (2000), tem como produto a reprodução material da força de trabalho, a criação de consensos no interior da sociedade das classes fundamentais, podendo orientar a direção social do trabalho profissional em prol das classes dominantes, fortalecendo os mecanismos de dominação e de exploração sobre a classe trabalhadora ou na direção das classes subalternas, ao construir junto com as mesmas mecanismos de resistência que subsidiem a superação da hegemonia instituída.

Ao profissional não pode faltar a clareza de que, segundo Yazbek (2001), o capitalismo vem se reinventando historicamente, culminando na atual estratégia de intensificação de seu poder de destruição sobre a capacidade de organização da classe trabalhadora com o suporte do receituário neoliberal, o qual culpabiliza as estratégias intervencionistas do Estado no campo social como responsáveis pela crise fiscal que diz vivenciar. Tais crises, imanentes ao modo de produção capitalista, são consideradas oportunidades para a sua recomposição, pois, ao invés de resultarem no colapso deste modo de produção, contraditoriamente, criam-se estratégias de expropriação sobre aqueles que vivem do seu trabalho, sob variadas formas: exploração da mão de obra, precarização de vínculos trabalhistas, fomento à comercialização de direitos sociais, gerando um quadro de banalização da barbárie, impondo padrões de uso e de consumo, degradação, dentre outros.

Frente à essa realidade, o perfil profissional delineado pelo projeto ético-político da profissão não condiz com intervenções conservadoras e funcionalistas e que atribuam aos

sujeitos a culpa pelos problemas sociais vivenciados. Pelo contrário, as Diretrizes Curriculares da ABEPSS reconhecem ser a questão social o objeto de intervenção profissional, o que requer atuação profissional numa perspectiva totalizante em qualquer espaço sócio-ocupacional em que seja desenvolvido o trabalho profissional, sendo esse o entendimento mais condizente com o atual projeto ético-político que, historicamente, é marcado por diferentes formas de inserção profissional enquanto instrumento de dominação, sob a ótica das classes dominantes.

Conforme Matos (2013), o contexto de inserção do assistente social na divisão social e técnica do trabalho inicialmente esteve atrelado ao trabalho do médico, numa organização vertical do trabalho coletivo em saúde, sobretudo a partir da década de 1940 quando os serviços passam a ser organizados e oferecidos no âmbito dos hospitais, destacando que:

[...] com o hospital estão dadas as bases de que até hoje conhecemos sobre as práticas em saúde nos serviços: adoção de um conhecimento absoluto, formal e abstrato detido pelo saber médico; o hospital quase como referência exclusiva para a assistência à saúde; a parcialização do trabalho em saúde, sob gerência do médico; a medicalização excessiva para a assistência em saúde; e um modelo biologizante de atenção à saúde (MATOS, 2013, p. 50).

Conforme Gomes e Brito (2015), a partir da década de 1940, ocorre consolidação do trabalho coletivo em saúde, passando o Serviço Social a ser institucionalizado enquanto modelo assistencial, curativo e hospitalocêntrico. Complementa Sodré (2010) que o Serviço Social demarcou seu acesso na saúde pública pelo viés do trabalho com comunidade, operacionalizando o trabalho profissional por meio de práticas educativas e higienistas aplicadas à vida privada, o que incentivava o controle de doenças infantis e controle de natalidade. Destaca ainda a autora que o grande hospital traz consigo o formato de trabalho seriado das grandes fábricas e traça um paralelo da produção dos serviços de saúde, de cujo processo de trabalho coletivo participa o assistente social, com o fordismo, ressaltando que esse coletivo de trabalhadores se divide em equipes que não interagem, de modo que:

São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse a junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano. O “fordismo modernizador” proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo (SODRÉ, 2010, p. 457).

Nessa circunstância histórica, o assistente social, assim como as outras profissões que passaram a atuar na área da saúde, buscaram uma identidade profissional baseada no modelo clínico da cooperação vertical, na perspectiva de complementar o trabalho do médico, razão

pelo qual “[...] muito ter se usado, à época, a categoria de paramédico para definir os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde” (MATOS, 2013, p. 57).

No atual contexto da política de saúde no Brasil, o Serviço Social se apresenta como profissão partícipe do coletivo de trabalhadores, sendo o assistente social considerado trabalhador da saúde por meio da Resolução 218 do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de março de 1997, resolução esta ratificada pela Resolução 318/99 do CFESS, que ressaltou o entendimento daquela explicitando não se tratar de uma profissão exclusivamente da área da saúde, mas sim imbuída de competência teórico-metodológica e ético-política para trabalhar nas diversas políticas sociais postas como serviços sociais para atender às necessidades da classe trabalhadora e, dessa forma, reafirmando a utilidade social da profissão, expressa na qualidade das respostas que oferece à classe trabalhadora e aos demandantes de seu trabalho profissional (empregadores), num contexto de atuação permeado por interesses contraditórios que desafiam um trabalho profissional sintonizado com os princípios expressos no código de ética profissional a reafirmar a utilidade social da profissão.

Em relação à utilidade social da profissão, Costa (2009), analisando a representação dos profissionais sobre o trabalho profissional em sua dissertação de mestrado de 1998, constata que há um descompasso entre o discurso de imprecisão do trabalho profissional e de desqualificação técnica na área da saúde no processo de trabalho coletivo em saúde e o crescimento da requisição do mercado de trabalho por profissionais de Serviço Social destaca que:

Enquanto o discurso dos profissionais atribuía ao voluntarismo e ao empirismo da ação profissional a responsabilidade por uma possível desqualificação técnica do Serviço Social, o cotidiano institucional deixava patente a existência de um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde (p. 305).

A análise da citada autora nos remete à discussão da utilidade social da profissão. Esta, para ser vista como necessária, precisa voltar-se para as manifestações particulares das expressões da questão social presentes no campo da saúde através da investigação da realidade nos espaços concretos de atuação, sobretudo no atual contexto de mudanças nas relações entre Estado e sociedade civil balizadas pela constante política de ajuste fiscal que atinge diretamente a economia, a política, as relações de trabalho e, conseqüentemente, as condições de saúde da população (SALVADOR, 2020).

O trabalho profissional materializa um produto no contexto da instrumentalidade do assistente social, consubstanciado em um serviço que, ao modificar condições concretas de

determinadas necessidades, adquire legitimidade social perante as classes fundamentais (IAMAMOTO, 2015), o que o faz socialmente necessário ao projeto societário da classe trabalhadora. Ou seja, trata-se de um trabalho que não modifica a natureza para construir objetos materiais úteis à satisfação de necessidades, mas incide nas condições de vida de sujeitos determinados, mediando necessidades sociais por meio de políticas e serviços sociais, contribuindo para a reprodução das relações de produção, ao mesmo tempo em que propicia sua reprodução social e material, além de reafirmar sua utilidade social

2.2 As expressões da questão social que demandam o trabalho dos assistentes sociais nos CAICs

Seguindo a lógica de que a questão social é objeto de trabalho do assistente social, é preciso conhecer sua gênese e desenvolvimento, de modo a situar suas manifestações na saúde da população com a qual trabalha o assistente social, resultantes do desenvolvimento das forças produtivas a partir da terceira década do século XIX no contexto europeu e que resultou no aumento na produtividade do capital pelo uso das máquinas e pela intensificação do trabalho, gerando desigualdade no acesso aos bens e serviços produzidos pela maioria esmagadora da classe trabalhadora, fruto da apropriação particularizada pela parcela dos que detêm os meios de produção.

A lógica reinante no modo de produção capitalista vem sendo o incremento dos ganhos do capital com conseqüente contenção na necessidade de aumento do trabalho vivo no processo de produção, haja vista que a exploração extrema do trabalhador no seio da produção garante os ganhos desejados pelo capital. Tal circunstância, desde a consolidação desse modo de produção, aumenta o contingente de trabalhadores úteis para o capital com evidências no crescente número de trabalhadores desempregados, o que certamente continua a regular salários mantendo seu baixo valor, ao mesmo tempo em que ainda gera a pauperização da classe trabalhadora, destacando Netto (2001) que:

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente de seus membros que, além de não ter acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente (p. 42).

O pauperismo, segundo Pereira (2001), foi a mola motriz de um processo sociopolítico por parte da classe trabalhadora que, ao tomar consciência de sua condição de classe explorada pela classe burguesa, reconheceu o antagonismo de interesses enquanto aspecto fundante das expressões de suas necessidades, sendo tal tomada de consciência fundamental para a caracterização da questão social enquanto pauta de intervenção do Estado, possibilitada pela visibilidade de:

[...] uma necessidade social problematizada por atores estratégicos – o pauperismo das massas trabalhadoras, no século XIX – que serviu de *leitmotiv* do processo de constituição da questão social num quadro particular de relações entre classes antagônicas e de conscientização dos dominados das determinações sociais e políticas daquela necessidade (PEREIRA, 2001, p. 60).

Entretanto, segundo Santos (2012), em consequência dessas contradições, surge na Europa do século XIX a organização política da classe operária, inicialmente duramente reprimida e sem consciência de classe para si, uma vez que seus movimentos não colocavam o sistema capitalista em questão, dentre os quais: movimento ludista⁷ (destruição das máquinas), agressão aos imigrantes por entenderem que tomavam seus postos de trabalho.

Outras formas de resistência dos trabalhadores se externaram através de importantes batalhas, como o movimento cartista ou Carta do Povo, ocorrido na Inglaterra, entre 1839 a 1847, pois combinou a luta sindical classista com o direito de participação nas instâncias legislativas, culminando com a conquista concreta de redução da carga horária de trabalho para 10 horas.

Portanto, verifica-se que a questão social está ligada à emergência da classe operária e ao seu ingresso no cenário político, ocasião na qual reclamou da esfera pública intervenções do Estado atinentes aos direitos relativos ao trabalho, evidenciado por:

[...] lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos [...]. (IAMAMOTO, 2001, p.17).

De acordo com Iamamoto (2001), o reconhecimento pelos países centrais de que o Estado deve ser o interlocutor dos direitos da classe trabalhadora encontra-se na origem de

⁷ Trata-se de uma forma de luta coletiva dos trabalhadores ocorrida na primeira década do século XIX. Esse movimento não atesta a consciência de classe para si, já que se destinava a destruir as máquinas, ao invés de compreender que seu maior opositor era o sistema capitalista (SANTOS, 2012).

políticas e serviços sociais e foi expresso nesses países pelo *Welfare State*. Percebemos, portanto, que a incorporação da agenda da questão social pelo Estado, historicamente, não é fruto de um processo natural. Ao contrário, é resultado de intensas lutas pelo reconhecimento de direitos, dentro de uma lógica societária alternativa à exploração geradora de múltiplas expressões da questão social: fome, doenças, desemprego, baixos salários, extensa jornada de trabalho, dentre outros.

A questão social, apreendida como a expressão das desigualdades sociais forjadas pelo modo de produção capitalista, ao amparar-se na lei do valor, constitui o trabalho vivo como fonte de sua ampliação, ao mesmo tempo em que o torna descartável pelo uso expressivo do trabalho morto. Por meio do aumento do uso tecnológico na atividade produtiva (trabalho morto), o capital extrai trabalho não pago da classe trabalhadora pela intensificação do seu uso no processo de produção, haja vista as máquinas precisarem ser manuseadas pela atividade humana numa velocidade maior que antes (extração de mais-valia), o que promove a menor necessidade de trabalhadores operando as máquinas e gera a exclusão de trabalhadores em larga escala, com conseqüente crescimento da pauperização.

Esse processo de pauperismo a que foi relegado grande contingente da classe operária pelo avanço do capital, bem como sua inserção no cenário sócio-político, inscreve, segundo Netto (2001), a gênese da questão social, evidenciando que a maneira com que em dado momento histórico os homens se organizam para produzir mercadorias, passa a ter repercussões na esfera da reprodução social (nas condições de vida, de cultura, ideológicas e políticas), gerando condições de vida incompatíveis com o volume da riqueza socialmente produzida, impulsionado pelo desenvolvimento das forças produtivas, evidenciando que:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à produção privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalho livre”, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais [...] (IAMAMOTO, 2001, p 16).

Como se percebe, a questão social torna-se reconhecida a partir da participação da classe operária no cenário político por meio da tomada de consciência da classe operária de ‘classe para si’, com suas necessidades forjadas pelo modo de produção capitalista, que, tendo retirado dos trabalhadores todos os seus meios de subsistência, os coloca como única opção a venda de

sua força de trabalho, necessariamente excedente para as necessidades do capital, gerando pobreza e exclusão social como expressões da questão social.

Vale ressaltar que essa condição de trabalho excedente não é algo conjuntural que esteja relacionado a um dado momento de crise econômica e sim uma condição forjada pela necessidade de acumulação do capital que, ao contar com um contingente excedente de trabalho vivo, acirra a competição pelos postos de trabalho e compele o trabalhador a submeter-se a condições de extração de trabalho não-pago, necessário para a manutenção da desigualdade no acesso à riqueza, fato este que alimenta o surgimento de expressões da questão social.

Para Cardoso et al. (1997), a inserção do assistente social na divisão social e técnica é resultado da visibilidade da questão social gerada pelo modo de produção e reprodução do capital. Para as autoras, a profissionalização do trabalho do assistente social está relacionada à emergência da resistência da classe operária para superação da sociedade capitalista, momento no qual o assistente social é requisitado pelo Estado como estratégia para colaborar com um tratamento sistemático à questão social a partir do atendimento de certas necessidades dos trabalhadores por intermédio das políticas sociais e serviços sociais de cunho estatal. Ressaltam as autoras que, ao mesmo tempo em que tais estratégias colaboram com a contenção do movimento operário, também asseguram as condições de reprodução do capitalismo de base keynesiano-fordista.

A partir da compreensão de que a profissão está inserida na divisão social e técnica do trabalho, coloca-se para a profissão a importância do estatuto do trabalho, sendo este fundado a partir da perspectiva de interesse de exploração da classe burguesa, classe esta que ao ser detentora dos meios de sobrevivência de toda uma sociedade, inaugura relações sociais desiguais, historicamente particularizadas, geradora da questão social.

Esse entendimento avança no seio da profissão a partir das novas diretrizes curriculares aprovadas em 1996 após amplo debate coletivo no seio da profissão e parcialmente reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura, em 2002 (MEC). Na perspectiva do projeto de formação atual, tem-se a consideração da profissão como:

[...] uma especialização do trabalho e de sua prática como concretização de um processo de trabalho que tem como objeto as múltiplas expressões da “questão social”. A abordagem do exercício profissional como trabalho permite recolocar as dimensões constitutivas do fazer profissional articuladas aos elementos fundamentais componentes de todo e qualquer processo de trabalho: o objeto ou “matéria-prima sobre o qual incide a ação transformadora do trabalho; os meios de trabalho – instrumentos, técnicas e recursos materiais e intelectuais que propiciam uma potenciação da ação humana sobre o objeto – e a atividade do sujeito direcionado por uma finalidade, ou seja, o próprio trabalho (CARDOSO et. al., 1997, p. 18).

Entender a profissão enquanto inserida em processos de trabalho requer a consideração das particulares condições e relações sociais historicamente estabelecidas, tais como a relação com os empregadores, com os usuários, com outros trabalhadores com os quais se relaciona e a apreensão das refrações da questão social que se expressam nos espaços sócio-ocupacionais, sem perder de vista a necessária elucidação das particularidades da questão social e do papel do Serviço Social enquanto possível formulador de respostas de enfrentamento à mesma. Partindo deste entendimento, decidimos apreender as compreensões que os assistentes sociais dos CAICs na cidade de Manaus têm acerca da questão social, considerada a matéria-prima do trabalho profissional e a que atribuem suas variadas expressões que comparecem ao trabalho profissional, desafiando respostas a um conjunto de necessidades sociais.

Quadro 8 – Compreensão acerca da questão social

Ass. sociais	Compreensão acerca do conceito questão social	Expressões referidas
Ass. Social 1	“A questão social é o resultado direto da desigualdade social produzida pelo capitalismo maduro, expressa hoje através do agravamento da pobreza e da precarização das políticas públicas ofertadas a população”.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desigualdade ✓ Pobreza ✓ Desemprego ✓ Má distribuição de renda ✓ Violência ✓ Fome
Ass. Social 2	“Expressão da desigualdade”	
Ass. Social 3	“Toda e qualquer situação em que o usuário encontra-se em situação em que seus direitos básicos não são assegurados ou violados.”.	
Ass. Social 4	“Expressão das desigualdades socioeconômicas, da falta de acesso a direitos e dignidade humana”.	
Ass. Social 5	“Um conjunto das expressões das desigualdades sociais, característica do modelo de produção capitalista”.	
Ass. Social 6	“São as expressões das desigualdades geradas pela má distribuição de renda no Brasil”	
Ass. Social 7	“Envolve um conjunto de desigualdades sociais vivenciados pela sociedade, expressos por meio da violação dos direitos sociais e políticos do sujeito”.	
Ass. Social 8	“São problemáticas da desigualdade sociais, econômicas e políticas que se materializam no cotidiano da sociedade, principalmente na classe subalterna”.	
Ass. Social 9	“Pode ser compreendida como expressões das desigualdades vivenciadas nas relações sociais a partir da relação capital/trabalho, da concentração da riqueza socialmente produzida, dos projetos políticos predominam e a legitimam”.	
Ass. Social 10	“Questões relacionadas às desigualdades sociais, desemprego, violência, fome etc.”	

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Vimos em linhas anteriores a compreensão teórica da questão social, a qual gera problemas sociais que afetam diferentes segmentos da população, com diferentes necessidades sociais que são postas diante do coletivo de trabalhadores da saúde, razão pela qual perguntamos às assistentes sociais pesquisadas qual seria a origem dos problemas sociais atendidos nos espaços sócio-ocupacionais e obtivemos as respostas que seguem.

Quadro 9 – Origem dos problemas sociais vivenciados pelos usuários

Causas	%
Resultantes das desigualdades sociais	90%
Falta de controle social sobre as políticas públicas para efetivação dos direitos	70%
Contexto familiar	60%
Ausência de políticas públicas que levem em consideração as peculiaridades regionais e territoriais da população	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

As respostas acima evidenciam o entendimento das assistentes sociais de que as expressões da questão social são reflexos das desigualdades sociais, que, para nós, se configuram não simplesmente como uma relação dicotômica entre ricos e pobres ou reduzida a situações-problema do indivíduo, como sugerem algumas concepções do senso comum por falta de um processo crítico-reflexivo ou o discurso dominante, como instrumento de ocultação da essência explicativa das diversas necessidades sociais das classes trabalhadoras. Dessa forma, de acordo com Iamamoto:

[...] é necessário decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade. Desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais (IAMAMOTO, 2015, p. 59).

Diante do que nos diz Iamamoto (2015), é importante destacar que, além do entendimento de que as condições de vida expressas na forma de problemas sociais resultam das desigualdades sociais, há, dentre as pesquisadas, as que compreendem serem igualmente resultantes de outros fatores, tais como, necessidade de políticas públicas, contexto familiar, falta de controle social, ou seja, há nessa compreensão a conjugação de várias situações concretas vivenciadas pelos trabalhadores que corroboram para experimentarem diferentes necessidades sociais: desemprego, violência moradia precária, doenças, dentre outros. Problemas estes agravados pela concentração de poder e de propriedade, pois definem o lugar que os sujeitos ocupam na sociedade.

Dessa forma, vemos que as desigualdades sociais são forjadas no interior da sociabilidade do capital, a qual concentra poder e riqueza, gerando necessidades sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais em que atuam as pesquisadas, expostas sob a forma de constantes violações e de desmonte dos direitos sociais conquistados a duras lutas pela classe trabalhadora, o que nos leva à constatação de que:

[...] a saúde, como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser desveladas pelos que atuam na área. Assim,

compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários torna-se fundamental (MATOS, 2013, p. 63).

As necessidades que se expressam nos espaços sócio-ocupacionais demandam investigação profissional para desvelar suas contradições e dessa forma, fornecer subsídios para objetivar respostas profissionais na direção da defesa e da criação de novos direitos, os quais têm na dimensão político-organizativa do trabalho profissional a possibilidade de serem pautados pelo viés da participação democrática nas instâncias de controle social, tais como conselhos de direitos e conferências.

As falas das pesquisadas aos dois quesitos acima apontam para a compreensão de que o agravamento da pobreza é uma das expressões da questão social com fundamento na desigualdade social produzida pelo modo de produção capitalista, responsável por estratégias de multiplicação do lucro apoiadas na má distribuição de renda, na violação frequente de direitos e na precarização de políticas públicas e impulsionada por um discurso de desmonte das políticas públicas sob a constante justificativa de um estado de crise que, segundo o discurso oficial, precisa ser resolvido, porém, sem remover os privilégios das elites, mesmo que acarretem na morte pela fome, na desigualdade no acesso à renda, na falta de acesso à saúde e à educação da classe que vive do trabalho.

Em tempos de pandemia da COVID-19, assistimos ao aumento do número de pessoas excluídas do acesso ao mínimo necessário para viver com dignidade. Conforme a Fundação Getúlio Vargas/FGV Social (2020), 12,8% da população brasileira vive abaixo da linha da pobreza com rendimento de até R\$ 246,00 ao mês, percentual correspondente a 27 milhões de pessoas. Essa taxa de pessoas em extrema pobreza, segundo a FVS Social, é maior do que a de 2011 (12,4%) e a de 2019 (11%). Portanto, assistimos a um agravamento desse fenômeno, sobretudo com o curso da pandemia e com a redução/corte do valor do auxílio emergencial, além da falta de outras políticas de apoio à população mais vulnerável.

Em relação ao estado do Amazonas, dados do IBGE-PNAD Contínua referente ao ano de 2020 revelam o rendimento mensal domiciliar per capita⁸ no Amazonas nesse período como sendo de R\$ 852,00, ficando à frente apenas Maranhão, cujo rendimento mensal domiciliar per capita em 2020 foi de R\$ 676,00. Isso nos leva a depreender que, se 28,36% da população do

⁸ As estimativas de rendimento apresentadas atendem ao disposto na Lei Complementar 143/2013, que estabelece os novos critérios de rateio do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal – FPE, e, em consequência, aos compromissos assumidos quanto à definição dos valores a serem repassados ao Tribunal de Contas da União – TCU para o cálculo dos fatores representativos do inverso do rendimento domiciliar per capita (IBGE, 2020)

Amazonas é composta por jovens de até 14 anos, segundo dados de Manaus (2020) e IBGE (2010), uma considerável parcela de jovens do nosso Estado possivelmente vivencia dificuldades na satisfação de suas necessidades mais básicas, sendo este o cenário com o qual o assistente social, assim como outros profissionais da área da saúde se deparam no cotidiano do trabalho profissional, a partir do contato com necessidades sociais que se expressam como:

[...] situações singulares vividas por indivíduos e suas famílias, grupos e segmentos populacionais, que são atravessadas por determinações coletivas. Somos desafiados a desentranhar da vida dos sujeitos singulares os fios que integram o singular no coletivo, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública, potenciando-a em fóruns e espaços coletivos (RAICHELIS et. al., 2018, p.82)

Para Matos (2015), os assistentes sociais enquanto profissionais inseridos na divisão social e técnica do trabalho para responder às expressões da questão social que se manifestam no cotidiano das instituições, precisam compreender o caráter de intervenção microscópico e superficial que o cotidiano profissional requisita, pois, segundo o autor, sendo as demandas emergentes e numerosas, há o risco de padronização das respostas sem a reflexão das causas fundantes das expressões da questão social e da desconsideração das necessidades dos usuários, as quais apresentam-se:

[...] condicionadas pelas lutas sociais e pelas relações de poder, se transformam em demandas profissionais, reelaboradas na óptica dos empregadores no embate com os interesses dos usuários dos serviços profissionais (RAICHELIS et. al., 2018, p. 82).

A rotina constitui-se pela repetição dos atos despidos de reflexão sobre o seu significado e consequências, enquanto o cotidiano reflete a vida social dos indivíduos sociais, assim considerados por estarem em constante relação com o meio em que vivem, podendo transformá-lo a partir das objetivações construídas a partir de condições previamente constituídas por valores, regras, normas e princípios, os quais, podem ser repensados e superados, pois, segundo Heller (2004), o cotidiano é o mundo da vida que se produz e se reproduz dialeticamente, num eterno movimento possibilitado por objetivações, razão pela qual o homem é considerado:

[...] o único ser que formula e constrói mediações concretas para suas objetivações na vida cotidiana. Assim, entendemos a dimensão ética do sujeito social enquanto modo de ser na e para a vida social e a sua dimensão política como modo de agir na e para a vida social (VERONEZE, 2013, p. 166).

Nesse sentido, as mediações se dão no cotidiano em que fatos, relações sociais, acontecimentos e fenômenos comparecem de forma caótica, sendo esse o contexto das

objetivações que expressarão escolhas éticas e políticas em meio às contradições do modo de produção capitalista.

Simionatto (1995), Yamamoto (2005), Antunes (2009) e Cardoso et. al. (1997) nos conduzem à compreensão de duas importantes formas de sociabilidade presentes no modo de produção capitalista: trabalho e cultura, ambas explicitadas a partir de categorias analíticas de Marx e Gramsci que ilustram a prevalência da sociedade burguesa do capital e como esses dois elementos, engendrados pela relação entre a sociedade política e a sociedade civil norteiam a especificidade brasileira.

Simionatto (1995), partindo do conceito gramsciano de revolução passiva ou pelo alto expõe que a sociedade civil não foi capaz através dos seus aparelhos privados de hegemonia de aglutinar uma cultura vinculada aos interesses das classes subalternas e confrontar suas pautas com os interesses da sociedade política, acarretando a exclusão das massas populares dos processos decisórios. Portanto, não propiciou uma cultura de resistência perante a dominação de classe que determina suas necessidades sociais.

Na sociabilidade forjada a partir da centralidade do trabalho, é preciso destacar que esta não advém unicamente do chão das fábricas, mas sim a partir uma heterogeneidade de formas de relações sociais estabelecidas entre o capital e a classe que vive do trabalho, expresso em inúmeras novas estratégias de potencializar a exploração da classe trabalhadora: trabalhos precários e não-pagos pelo capitalista, como forma de superar suas crises cíclicas de maneira a ter sempre no trabalho vivo a fonte de financiamento do modo de produção capitalista.

A segunda forma de sociabilidade diz respeito à construção da vivência política, que na realidade brasileira, conforme aduz Coutinho (1989) *apud* Simionatto (1995), formatou a cultura que negociou a “revolução pelo alto”, consubstanciada numa ausência de lutas pela afirmação de direitos de cidadania, na qual prevaleceram os interesses do capital mediados pelo aparato burocrático-militar do Executivo.

A inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho guarda estreita relação com ambas as formas de sociabilidade por algumas razões: utiliza-se das políticas sociais como uma das mediações possíveis para atendimento das necessidades dos trabalhadores no exercício profissional, sendo tais políticas consideradas arenas de interesses do bloco de poder e da classe trabalhadora, cujo consenso em torno das pautas desta última irão depender da capacidade de organização dos aparelhos privados de hegemonia presentes na sociedade civil e da representatividade técnica em torno das pautas em discussão, com importante papel dispensado à intelectualidade a partir de sua opção em alinhar-se com os segmentos que vivem do trabalho para subsidiá-los na argumentação em prol de suas lutas.

Além do exposto o trabalho é uma categoria central para o entendermos a inserção profissional na divisão sociotécnica do trabalho, de modo que os profissionais são trabalhadores assalariados e subordinados às requisições dos contratantes, o os desafia a construir estratégias e táticas mediante condições objetivas de trabalho, impostas pelas relações de poder, pelos meios de trabalho disponíveis para o exercício profissional, sem as quais podem cair no fatalismo por não ter conseguido forjar as condições para executar seu trabalho por meio das competências que compõem sua cultura profissional, o que engloba também o conhecimento da realidade sobre a qual irá atuar.

As expressões da questão social demandam respostas ao coletivo de trabalhadores, inclusive do assistente social, o qual precisará captar as expressões das desigualdades sociais sobre as quais irá intervir e pautá-las no bojo de um planejamento que considere as políticas e as instituições com as quais trabalha, a equipe, a rede socioassistencial, as condições objetivas e subjetivas, articulando todos esses aspectos com o projeto ético-político da profissão, razão pela qual entendemos pertinente perguntar quais as principais expressões da questão social no cotidiano do trabalho profissional a 10 assistentes sociais dos CAICs (das várias zonas da cidade), conforme a seguir.

Quadro 10 – Principais expressões da questão social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs

Expressões da questão social no espaço sócio-ocupacional dos CAICs	Nº de respondentes	%
Violência contra crianças e adolescentes	10	100%
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde (insuficiência e/ou falta)	10	100%
Violação de direitos de crianças e adolescentes ⁹	8	80%
Demanda por atendimento psicossocial de crianças e adolescentes com transtornos mentais	7	70%
Desemprego	5	50%
Criança órfã vivendo com avós	5	50%
Exclusão de crianças e adolescentes do núcleo familiar em razão de orientação sexual ou conflitos familiares	3	30%
Trabalho precário e informal	2	20%
Evasão escolar	1	10%
Drogadição	1	10%
Moradia precária ou falta de moradia	3	10%
Violência doméstica e familiar contra mulheres	1	10%
Fome	1	10%
Crianças sem certidão de nascimento	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

⁹ É bem mais amplo que o fato de estar sujeito a atos de violência de qualquer natureza, posto que compreende também toda e qualquer situação que ameace ou viole os direitos da criança ou do adolescente, em decorrência da ação ou omissão dos pais ou responsáveis, da sociedade ou do Estado, ou até mesmo em face do seu próprio comportamento, a exemplo do abandono, negligência, conflitos familiares, convivência com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas (Distrito Federal, 2013, p. 02).

Frente às respostas dos pesquisados, passaremos a problematizar algumas das expressões da questão social por eles citadas, no intuito de compreender como comparecem na particularidade de trabalho desses profissionais a partir de suas conexões com a totalidade da realidade social.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Manaus, entre 01 de janeiro a 18 de junho de 2021, foram realizadas 388 notificações por profissionais de saúde de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes de 0-14 anos, conforme quadro a seguir.

Quadro 11 – Total de notificações de violência contra crianças e adolescentes de 0-14 anos realizadas por profissionais de saúde no período de janeiro a junho de 2021 na cidade de Manaus

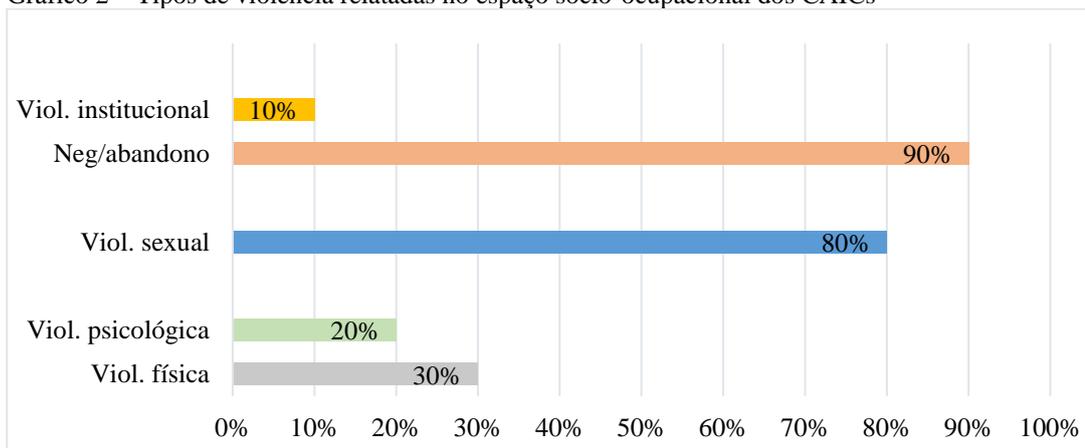
ANO	ZONA EM BRANCO	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	RURAL	TOTAL
2021	13	102	53	115	104	1	388

Fonte: Elaboração própria. Dados adaptados dos registros de notificação de violência da Secretaria de Saúde de Manaus.

Relatório do Fundo das Nações Unidas de 2021 (UNICEF) revela que, durante a pandemia, houve aumento nos casos de violência contra crianças e adolescentes no período de fechamento das instituições escolares e atribui como causa desse aumento o maior convívio das crianças com possíveis abusadores e com pessoas que as tratam com frequente uso de violência física e psicológica; destaca ainda a ausência de seus provedores, motivada pela busca do sustento familiar.

Na realidade dos atendimentos nos CAIC, dentre os tipos de violência praticadas contra crianças e adolescentes, as profissionais destacam como sendo mais recorrentes a negligência e o abandono, sendo importante destacar que esta era uma questão de múltipla, razão pela qual os resultados excedem 100%.

Gráfico 2 – Tipos de violência relatadas no espaço sócio-ocupacional dos CAICs



Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Este cenário, entretanto, nos remete à necessária reflexão para não reduzirmos a violência sofrida por crianças e adolescentes a conflitos individuais entre sujeitos ou simplesmente entendê-la como decorrente do afastamento escolar, pois, apesar do aumento nos casos de violência, as causas já estavam presentes na sociedade, ou seja, apesar da pandemia ter agravado as condições de vida da população em geral, somem-se a estas razões imediatas, condições históricas que já estavam postas na realidade da estratificação de classe e de poder presentes na realidade brasileira, tais como o machismo, abuso parental, emprego de violência doméstica e sua conseqüente naturalização, sobretudo em momentos de crise econômica e sanitária, tal qual a vivenciada na atualidade.

Conforme observado no quadro 11, além do contato evidente dos profissionais com situações de violência de crianças e adolescentes, outra violação importante advém da omissão do Estado quanto ao provimento de atendimento integral à política de saúde evidenciado quando 100% dos respondentes afirmam se deparar com a insuficiência ou falta de acesso dos usuários aos mesmos, o que nos revela:

[...] contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários [...] (CFESS, 2010, p. 42).

Depreendemos das respostas dadas pelas pesquisadas que o trabalho profissional junto aos CAICs se depara com desafios que requerem o acesso dos usuários a diferentes políticas sociais, pois, as expressões da questão social resultam de um complexo de necessidades sociais

geradas pelo acesso desigual aos bens e serviços sociais ou pela total inexistência destes frente às necessidades criadas no contexto da sociedade capitalista.

Outro destaque dentre as falas que mencionam as expressões da questão social com as quais os assistentes sociais se defrontam nos CAICs, refere-se ao desemprego, o que não nos surpreende como expressão da questão social presente no cotidiano de trabalho em 50% das respostas dos profissionais pesquisados, conforme demonstrado no quadro 4. Isso porque, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) do IBGE realizada no primeiro trimestre de 2021, nesse período a taxa de desemprego no Brasil alcançou 14,7% da população disponível para trabalhar (pessoas com 14 anos ou mais), o que corresponde a 14,8 milhões de pessoas desempregadas. Além do mais, o país conta ainda com 6 milhões de desalentados¹⁰. Em relação aos números apresentados, vale destacar que as pessoas entre 18 e 24 anos representam 29% dos desocupados, assim como os sujeitos com idade entre 25 e 39 anos representam 34,6% das pessoas desocupadas¹¹.

Conforme a mesma pesquisa, a taxa de participação na força de trabalho¹² no Brasil nesse período foi de 56,8% da população apta a trabalhar. Quando fazemos um comparativo das taxas de ocupação entre as regiões, a Norte apresenta taxa de participação da força de trabalho de 56,8%, superando apenas a região Nordeste, a qual apresentou no período em comento 50,3 % de taxa de ocupação de sua força de trabalho e, especificamente no Amazonas, de acordo com a mesma fonte, a taxa de desemprego é de 17,5% e supera, portanto, a taxa nacional.

Nesse contexto, conforme discutimos no item 2.1 deste trabalho, o atual projeto ético-político do Serviço Social impõe o reconhecimento da questão social enquanto expressão das desigualdades sociais forjadas no contexto do modo de produção capitalista, o que passa a requisitar um rigor histórico e teórico-metodológico que não descola sua interpretação do contexto societário, compreendendo que a questão social é fruto do modo de produção capitalista, que na sua fase monopolista ampliou a desigualdade no acesso à riqueza socialmente produzida e que torna o homem trabalhador num instrumento de sua acumulação por meio da

¹⁰ Trabalhadores que querem trabalhar, mas por não conseguirem inserção no mercado de trabalho após inúmeras tentativas, desistem de trabalhar (IBGE, 2021).

¹¹ Pessoas desocupadas, popularmente conhecidas como desempregados, são as pessoas que estão sem trabalhar, porém, encontram-se disponíveis para assumir algum trabalho e para tanto, tomam medidas efetivas para conseguirlo (IBGE, PNADC 2021).

¹² São consideradas pessoas na força de trabalho aquelas com idade acima de 14 anos que estão trabalhando ou procurando trabalho, o que compreende tanto ocupados quanto desocupados. Em outros termos, os ocupados são considerados pelo IBGE os empregados com ou sem carteira assinada, os servidores públicos; os que trabalham por conta própria; empregadores; trabalhadores domésticos e trabalhadores familiares auxiliares (ajudam no trabalho de familiares sem remuneração) (IBGE, PNADC 2021).

exploração de sua força de trabalho, gerando diversas expressões da questão social: doenças, domicílios insalubres, violência, que atualmente vêm sendo agudizadas pela retração constante do Estado enquanto proponente de políticas sociais voltadas para atender a classe trabalhadora.

Concordamos com Antunes (2009), conforme mencionamos no tópico 2.1 deste trabalho, quando o autor reflete o atual cenário como retrato da complexificação da força de trabalho, pois a insegurança em garantir a própria subsistência deixa o trabalhador mais suscetível à subproletarização e à precarização presente nos trabalhos *part times*, por tarefa, remoto, por tempo determinado a partir de variadas formas de vinculação desprotegida do trabalhador, denotando uma intensificação do uso da força de trabalho e de trabalho não-pago. Fazendo um paralelo com as formas de trabalho impostas pelas restrições sanitárias da COVID-19, vemos que atualmente o trabalho remoto exerce um controle sobre o trabalhador, além do que exige que este mantenha seu espaço de trabalho com todas as despesas às suas expensas, o que traz, de certo, maior margem de lucro para o capital.

Ainda dentre as respostas a respeito de quais demandas chegam ao Serviço Social, há uma constatação em 50% das falas das respondentes sobre a colocação de crianças sob os cuidados dos avós, o que nos remete a algumas reflexões, segundo Miotto (2010). De acordo com a autora, o capitalismo gera impactos na sociedade, em especial na vida das famílias, com clara divisão de tarefas por gênero, cabendo à mulher desenvolver cuidados no espaço doméstico com a casa e com os filhos, enquanto o homem se encarrega pelo sustento da família. Especialmente em tempos de pandemia, onde muitas famílias perdem suas rendas devido a adoecimentos e óbitos, é possível que as famílias assumam configurações distintas. E no caso das respondentes dessa pesquisa, vemos que o acolhimento de crianças por avós tem sido uma realidade, porém não é possível no espaço restrito deste trabalho examinar as determinações dessa constatação.

Ainda assim, consideramos relevante destacar o pensamento de Miotto (2010), para a qual o modelo de atenção à família adotado pelo Brasil está ancorado no conceito de familismo, que preconiza a responsabilidade da família em proporcionar o bem-estar de seus membros, com participação subsidiária do Estado, caso aquela falhe em seu papel. O contrário refere-se ao conceito de desfamilização, que diz respeito à diminuição da responsabilidade da família em promover o bem-estar de seus indivíduos. Esse dever passa a ser do Estado e/ou do mercado, através de políticas familiares/sociais (ESPING-ANDERSEN, 1998).

De acordo com Miotto (2010), o familismo foi modelo adotado nos países latino-americanos, em especial, no Brasil. Afirma a autora que:

[...] nos Estados de Bem-Estar de caráter familista existe uma explícita parceria entre Estado e família [...] nesse modelo, a ação pública tende a ocorrer mediante a falência da família na provisão de bem-estar e na sua impossibilidade de compra de bens e serviços, no mercado (p.136).

A partir da movimentação política brasileira na década de 1980 em prol da ampliação dos direitos expressos na nova Constituição, os ganhos na esfera da Seguridade Social rompem, em parte, com a incapacidade do país de universalizar direitos, tradicionalmente manipulados pela classe dominante. Contraditoriamente, pouco tempo depois, o Brasil aderiria ao neoliberalismo a partir da justificativa da inserção competitiva do país na economia globalizada, o que trouxe impactos na recente rede de proteção social conquistada pelas lutas sociais (MIOTO, 2010).

Destacamos ainda, segundo Miotto (2010), que o modelo de proteção social brasileiro é pensado para atender demandas da família nuclear. Apesar da família extensa constituir-se como um modelo expressivo na sociedade, esta encontra sérias dificuldades de acesso às políticas sociais, visto que as políticas são focalizadas na família nuclear e familista para a qual, conforme vimos, o Estado transfere sua responsabilidade e a atende, demonstrando sua predileção pelos núcleos compostos por membros com laços consanguíneos e de primeiro grau, ou seja, a família nuclear.

Dessa forma, a família extensa enfrenta dificuldades para realizar suas funções, já que o Estado não garante subsídios suficientes para esta configuração familiar. Vemos claramente que, no momento de pleitear-se um Benefício da Prestação Continuada, por exemplo, dentre os critérios de inserção está a regra que não considera netos como sendo membro familiar, o que interfere no cálculo da renda per capita, em prejuízo do pleiteante idoso, podendo ser algum dos avós que vivencia essa realidade junto aos cuidados dos netos.

Outra expressão da questão social recorrente, segundo as respondentes desta pesquisa, diz respeito ao comprometimento da atenção psicossocial, presente em 70% das suas falas. Conforme demonstramos no quadro 2 do primeiro capítulo, se considerarmos apenas a população estimada de Manaus (2020), vemos que somente a capital dispõe de 28,36% de sua população composta pelo segmento geracional de 0 a 14 anos incompletos, correspondente a 619.190 pessoas nessa faixa etária. Quando comparamos esse quantitativo com a quantidade de equipamentos psicossociais públicos disponíveis na capital, entendemos o porquê de 70% dos pesquisados explicitarem em suas respostas a insuficiência de oferta do atendimento psicossocial, agravada pelo fato de que atualmente, dos 12 CAICs de Manaus, nem todos

dispõem do profissional da Psicologia, conforme previsto no desenho institucional do atendimento.

Além da referência específica quanto à insuficiência da atenção à saúde mental destinada à crianças e adolescentes da cidade de Manaus, as profissionais afirmam de forma genérica ser a “dificuldade de acesso aos serviços de saúde” uma das expressões da questão social, e portanto, uma necessidade social expressa no cotidiano profissional, diante do que, adquire notoriedade por gerar, ao que parece, uma demanda regular e permanente no espaço sócio-ocupacional dos CAICs perante o coletivo de trabalhadores, especialmente perante os assistentes sociais, por serem, como veremos adiante, os profissionais demandados institucionalmente para “acolher reclamações dos usuários”.

Não obstante, vemos que a partir da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial é repensada com a proposta de criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental de todas as idades, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A proposta de compartilhar os cuidados no âmbito da saúde mental não tem se refletido, entretanto, em mais acesso para crianças e adolescente, de acordo com respostas dos profissionais assistentes sociais pesquisados.

Percebemos que, embora a citada portaria proponha a ampliação do acesso dos usuários a partir da articulação de todos os níveis de complexidade, desde a rede de atenção básica até o atendimento em leitos de psiquiatria em hospital geral e em serviço hospitalar de referência para pessoas com transtorno ou sofrimento mental, Manaus conta com apenas 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo dois destes destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, conforme quadro abaixo:

Quadro 12 – Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Manaus- Amazonas

Centros de Atenção Psicossocial	Zona de Manaus	População estimada (2020)/IBGE
CAPS Silvério Tundes	Norte	2.219.580 habitantes
CAPS Benjamim Fernandes	Centro-Sul	
CAPS Infantil	Zona Centro-Sul	
CAPS AD (álcool e outras drogas) III	Zona Centro-Sul	
CAPS infantil	Zona Leste	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (2021); IBGE (2020)

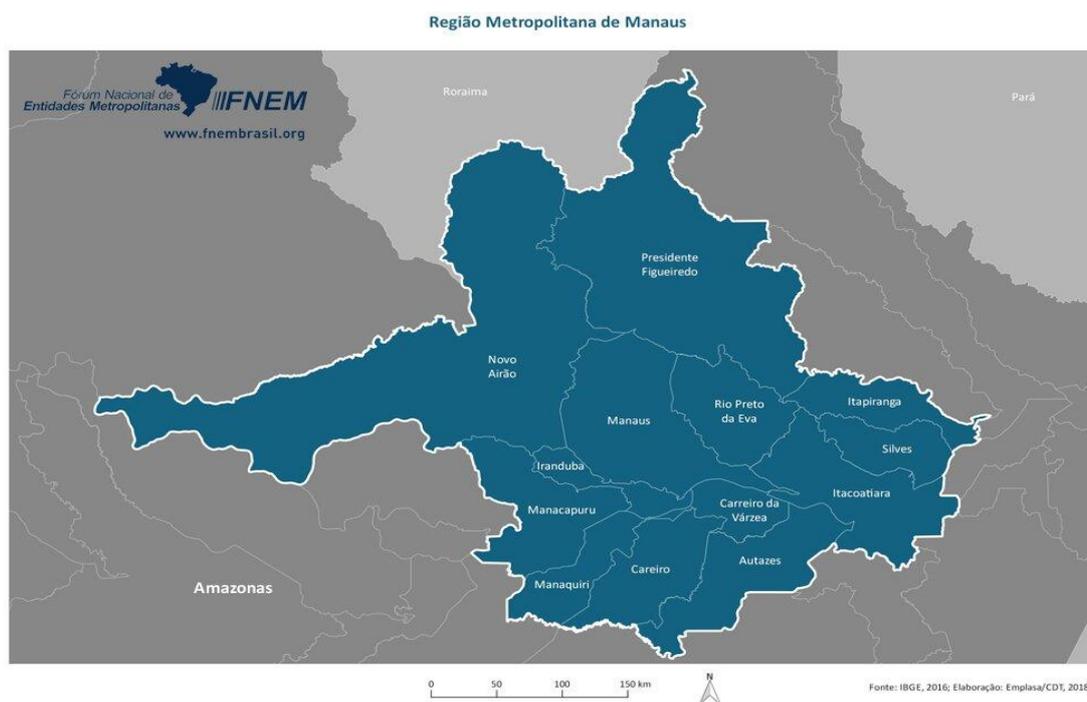
Conforme a Portaria anteriormente citada, os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais, sob a ótica interdisciplinar e possuem foco no atendimento de casos graves e persistentes, não atendendo, portanto, a toda a demanda que procura o serviço. Dessa forma, em função de Manaus contar com dois Centros de Atendimentos para crianças e adolescentes

frente a um considerável contingente desse segmento geracional, configura a existência da insuficiência da atenção psicossocial expressa na fala das pesquisadas, o que compromete o atendimento integral à saúde de crianças e adolescentes, pois:

A Rede de Atenção Psicossocial integra a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência em vários pontos de atenção à medida que recebem os casos e dão continuidade ao atendimento e/ou ao seguimento na rede, conforme suas demandas. A atenção psicossocial a essa população é atribuição dos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde desde a atenção básica, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços de Urgência e Emergência e de Atenção Hospitalar, em fundamental parceria das Redes Intersetoriais. A saúde mental pode ser vista, então, como condição decorrente da provisão de cuidados e da atenção de qualidade, providas sob os princípios da humanização e da proteção integral (BRASIL, 2014).

Visando evidenciar o comprometimento da atenção psicossocial presente nas falas das respondentes, destacamos, dentre outras categorias que compõem a equipe multiprofissional, o reduzido número de psiquiatras e psicólogos, o que nos revela sérios problemas da política de atenção à saúde mental da população em geral, especialmente a de crianças e adolescentes do Amazonas, pois, conforme veremos a seguir, a Região Metropolitana de Manaus, composta por 13 municípios, concentra a maior parte destes profissionais.

Mapa 2 – Região Metropolitana de Manaus, composta por Manaus e 12 outros municípios



Fonte: Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas, 2021.

Quadro 13 – Total de médicos psiquiatras e psicólogos no Amazonas que trabalham pelo SUS referente a dados de maio/21

Lotação	Médicos Psiquiatra	Psicólogos	Assistentes sociais	%
Manaus	14	241	451	57,2
Outros 12 municípios da região metropolitana ¹³	2	66	95	13,1
49 municípios fora da região metropolitana	6	121	239	29,7
Total	22	428	785	100

Fonte: Elaboração própria. Dados adaptados da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2002) do Ministério da Saúde, 2021.

Dessa forma, conforme visto no quadro acima, em relação a três importantes membros da equipe multiprofissional que devem compor qualquer equipe responsável pela política de saúde mental, observamos que a região metropolitana, que envolve Manaus e mais 12 municípios, detém sozinha, segundo dados do Ministério da Saúde (CBO 2002), 70,3% dos profissionais, enquanto os demais municípios que compõem o Estado do Amazonas, contam com 29,7% do total de profissionais, numa clara desigualdade na prestação dos serviços, por razões que não iremos discutir neste trabalho.

Frente a estes desafios, é fundamental o conhecimento das expressões da questão social, das políticas que podem contribuir para o seu enfrentamento e a formulação de estratégias profissionais visando evidenciá-las e pautá-las na direção do atendimento por parte do Estado. Não é tarefa fácil, considerando ser o Serviço Social uma profissão que se materializa entre o Estado e as classes sociais fundamentais (classe trabalhadora e bloco hegemônico detentor do capital e do poder político) e que ganha reconhecimento institucional por parte daquele a partir das respostas que passa a intermediar para a classe que vive do trabalho. Entretanto, é nesse cenário de contradições que se revela necessária no contexto do trabalho coletivo e precisa reafirmar sua utilidade social a partir das respostas que oferece aos que demandam o seu trabalho profissional, o que exige do profissional identificar “[...] as reais necessidades do outro polo – a classe trabalhadora, público-alvo da atuação da profissão” (SERRA, 2008, p.162).

Cabe destacar que a “insuficiência ou ausência de serviços de saúde” revelam uma dicotomia entre os direitos dos usuários das políticas sociais, dentre elas a de saúde, e a evasão cada vez mais crescente do Estado do seu papel de viabilizar o SUS constitucional. Dentre os determinantes deste cenário, está o uso de vários mecanismos de desvinculação do fundo público da obrigatoriedade de financiar as políticas sociais, a exemplo do que vem ocorrendo

¹³ Entende-se por Região Metropolitana um recorte político-espacial que dinamiza e concentra os principais equipamentos urbanos de uma determinada região, tais como, serviços públicos, lazer, centros comerciais, serviços educacionais, dentre outros.

No caso da Região Metropolitana de Manaus, esta compõe-se por Manaus mais 12 municípios que juntos totalizam população residente de 2.631.239 habitantes (Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas – FNE, 2021).

desde os anos 2000 com a chamada Desvinculação das Receitas da União (DRU), atualmente com vigência até 2023, dando à União a garantia de que pode usar livremente de 20% a 30% das receitas dos tributos federais, o que vem sendo agravado com o advento do Novo Regime Fiscal, aprovado pela Emenda Constitucional 95, a qual congela por 20 anos os gastos com as políticas sociais e limita sua correção à inflação. Dessa forma, deixa-se de considerar o crescimento da população e a vinculação de gastos desenhados na Constituição de 1988, evidenciando:

[...] o subfinanciamento crônico da saúde, muito aquém dos recursos públicos necessários para a universalização desta política. No período de 2008 a 2018 a função saúde perdeu espaço no conjunto das despesas que integram o OSS decresceu de 12,86%, em 2008, do montante das despesas da seguridade social para 11,60% do OSS, em 2018 (SALVADOR, 2020, p. 40).

Nesse sentido, o subfinanciamento do SUS foi agravado pela Emenda Complementar 95 ao demonstrar que “[...] a função orçamentária saúde apresentou uma pífia evolução de 0,39%, em termos reais, saindo de R\$ 118,63 bilhões, em 2016, para 119,10 bilhões, em valores pagos em 2019” (SALVADOR, 2020, p. 44).

Analisando o cenário de desfinanciamento do SUS evidenciado pelo autor, vemos o sucateamento do SUS e a desassistência aos mais pobres. Insta destacar Vasconcelos (2003) naquilo que leciona acerca das demandas públicas, as quais são vinculadas estreitamente às necessidades dos cidadãos, principalmente aos setores da sociedade mais carentes, existindo uma disparidade entre o que é oferecido aos cidadãos por parte das instituições de Estado e as reais necessidades dos segmentos mais vulneráveis da sociedade, que devem ser apreendidas e transformadas em demandas a serem atendidas pelas políticas públicas. Portanto, as demandas públicas nem sempre se transpõem para o campo de obrigação do Estado em atendê-las.

Além desse aspecto das demandas em si, há de considerarmos a tendência atual do atendimento às expressões da questão social por meio de organizações não estatais, seja através de ações do voluntariado, seja através de Organizações Sociais (OS), Fundações ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as quais passam a acolher demandas por serviços sociais públicos e resolvê-las com maior caráter de focalização nos problemas individuais dos usuários, sem, no entanto, abordar os aspectos de fundo da questão social: falta de acesso à cidadania; desconhecimento de direitos básicos fundamentais do cidadão pelas camadas mais vulneráveis da sociedade, entre outros.

Essa reconfiguração do Estado sob a égide da reforma gerencial¹⁴ expressa, segundo Behring (2003), verdadeira contrarreforma do Estado que privatiza, desfinancia as políticas sociais e na prática facilita a privatização dos serviços sociais, inclusive os serviços de saúde através de OS, notadamente envoltas em desvios de recursos que seriam destinados à política de saúde, conforme demonstram reiteradas e públicas investigações nesse sentido.

Em meio a essa desconfiguração do espaço por excelência para a discussão e propositura das políticas públicas, encontram-se os assistentes sociais e demais profissionais responsáveis por atender as necessidades sociais dos usuários, presentes numa arena de interesses contraditórios, cujo desafio ao trabalho profissional impõe a tarefa de não se descolar da compreensão do que são os direitos de cidadania, e que, portanto, estes devem ser atendidos pelas instituições de Estado.

Diante desse cenário de variadas expressões da questão social presentes no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais dos CAICs, vale destacar que, conforme Matos (2015), as demandas que se configuram nos diferentes espaços sócio-ocupacionais e extrapolam questões referentes a um único segmento de política social externam mazelas que o capitalismo produz em todos os aspectos da vida, como doenças e desemprego e que desafiam cotidianamente o deciframento atento das expressões da questão social, as quais vêm sendo segmentadas e desconectadas das suas determinações estruturais, apreendidas nas suas manifestações emergentes do cotidiano profissional, fato este que subsume as condições de reflexão da profissão quanto ao questionamento das bases fundantes das expressões presentes no chão do exercício profissional.

Nesse sentido, Matos (2015) propõe um olhar profissional voltado para as competências e atribuições profissionais como forma de romper com respostas profissionais fragmentadas, imediatistas e tratadas na sua aparência, cujo critério é a promoção de uma alteração no contexto empírico, nos processos segmentados e superficiais da realidade social e que requer, portanto, apenas a competência instrumental, caracterizada como aquela exigida pelo mercado de trabalho que ofereça solução imediatista e desconectada da causa fundante das expressões da questão social que emergem no cotidiano do exercício profissional.

Em sentido contrário, respostas profissionais que intencionem atender os interesses dos trabalhadores, implicam no reconhecimento da utilidade social da profissão nos diferentes espaços sócio-ocupacionais de atuação. Na área da saúde, especificamente, precisam considerar

¹⁴ De acordo com Salvador (2020), trata-se de uma estratégia operacional do neoliberalismo que ataca as políticas sociais e apregoa a privatização das mesmas sob o argumento da melhoria de sua oferta, quando, de fato, acentua a focalização do atendimento das necessidades sociais.

os “[...] determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários [...]” (CFESS, 2010, p. 45).

Dessa forma, compreendemos que o projeto ético-político da profissão não condiz com intervenções conservadoras e funcionalistas que atribuam aos sujeitos a culpa pelos problemas sociais vivenciados. Pelo contrário, as diretrizes curriculares da ABEPSS reconhecem ser a questão social o objeto de intervenção profissional, o que requer atuação profissional numa perspectiva totalizante em qualquer espaço sócio-ocupacional onde desenvolva o seu trabalho. Para tanto, a problematização das demandas sociais para apreender as mediações entre as reais necessidades sociais e as demandas institucionais faz-se necessária, conforme veremos a seguir.

2.3 Demandas e respostas profissionais: o enfrentamento às expressões da questão social

De acordo com Vasconcelos (2015), variadas demandas se impõem ao cotidiano do trabalho profissional e requerem a mediação¹⁵ da teoria para serem reveladas e apreendidas pelos profissionais no bojo da luta de classes e que guardam relação e conexão entre si e que reclamam para sua compreensão a superação de “[...] um exercício profissional destituído de mediações, que não consegue construir a relação teoria-prática, porque não nega, não tensiona, não denuncia, não problematiza a realidade” (PORTES; PORTES, 2016, p. 64).

Segundo Pontes (2016), mediação é uma categoria fundamental no processo de construção das respostas profissionais às demandas dos usuários, pois refere-se ao movimento da razão de apreender reflexivamente a explicação histórico-social do real, dos fatos, abstraindo do concreto as suas determinações e dando aos mesmos uma nova inteligibilidade histórico-estrutural. Em outros termos, a categoria mediação expressa uma categoria ontológica e reflexiva, pois vincula-se à capacidade do ser social de projetar o resultado final do seu trabalho com a antecedência, possibilitado pelo movimento reflexivo sobre a realidade, portanto, permitindo-lhe antever a transformação que deseja alcançar.

Podemos dizer, portanto, que a mediação atravessa o processo de desvelamento da realidade que se mostra de forma fragmentada no cotidiano do trabalho do assistente social, considerado um espaço de respostas imediatas. Destaca Pontes (2016) que nesse cotidiano não há espaço para análise crítica dos fenômenos sociais, pois a realidade se apresenta na superficialidade e para transpô-la, somente a mediação é capaz de transitar dos fenômenos

¹⁵ Categoria que possibilita a perspectiva da totalidade concreta a partir da articulação entre o real e o cognitivo num processo ontológico e reflexivo.

aparentes para a essência dos objetos. Nesse sentido, “[...] a pesquisa da realidade torna-se um recurso fundamental para a formulação de propostas de trabalho e para a ultrapassagem de um discurso genérico, que não dá conta das situações particulares” (IAMAMOTO, 2015, p. 56)

Caso contrário, no cotidiano do trabalho profissional do assistente social, as mediações podem ser suprimidas em razão da burocracia e da sobrecarga de trabalho, assim como pela dicotomia teoria-prática ainda presente no seio da profissão, constituindo-se, portanto, num espaço de afirmação do cotidiano (SANTOS, 2015).

Para Pontes (2016), a mediação apresenta uma tríade explicativa da realidade, composta por: 1) singularidade, entendida como o tratamento de um determinado problema social como isolado do contexto da totalidade, por aparecer rotineiramente no cotidiano do trabalho profissional e ainda visto enquanto desconectado da categoria da totalidade; 2) particularidade, compreendida como a síntese explicativa dos fenômenos que antes pareciam desconectados, mas que, sob a luz de uma referencial teórico-reflexivo, são desvelados quanto aos diferentes fatores que determinaram seu surgimento, os quais passam a ser compreendidos enquanto síntese de várias determinações a exigir a intervenção profissional; 3) universalidade, a qual se expressa as leis sociais e universais que perpassam a sociedade e os fenômenos, dando-lhes sentido sócio-histórico e permitindo a apreensão dos seus determinantes mais gerais e a compreensão da articulação das instâncias e passagens que constituem a totalidade social do objeto de intervenção profissional, pois:

A mediação, como categoria intelectualiza permite, mediante um impulso do real à razão construir categorias para auxiliar a compreensão e ação profissionais. Para a superação da dicotomia teoria-prática – tão ao gosto das formulações positivistas e neopositivistas / que ainda encontram amplo suporte na prática profissional do assistente social, bastando verificar a alta credibilidade do dito “na prática a teoria é outra [...]” (PONTES, 2016, p. 181).

Portanto, para que haja contribuição profissional com respostas competentes e qualificadas, a mediação é essencial na compreensão das múltiplas determinações das demandas singulares que se apresentam no cotidiano dos serviços, visto que esta categoria favorece a compreensão da singularidade a partir do processo de reflexão teórico-reflexiva e histórica do concreto, o que requer um exercício no campo da dialética, possibilitando, dessa forma, a compreensão do real na perspectiva da totalidade social, e a passagem da singularidade para a particularidade, o que permite:

[...] decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa questão social, hoje é de fundamental importância para o Serviço social em uma dupla perspectiva: para

que se possa tanto apreender as várias expressões que assume, na atualidade, as desigualdades sociais – sua produção e reprodução ampliada – quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida (IAMAMOTO, 2015, p. 28).

Nesse sentido, refere Pontes (2016), que mediação é a categoria reflexiva que proporciona que universalidade adquira sentido objetivo-operacional na vida singular dos usuários dos serviços sociais, ou seja, os problemas que pareciam singulares, pessoais, mediatizam-se pelas leis tendenciais e particularizam-se nas determinações históricas que permeiam o objeto de intervenção profissional, o que nos leva à compreensão de que:

A superação da pseudoconcreticidade do nível da singularidade do problema posto pela demanda institucional (real caótico) torna-se um imperativo no processo de mediação do cenário onde a trama das relações sociais está se processando. A procura da expressão das leis universais tendenciais no espaço institucional, com a consequente abstração das condições singulares que tipificam os problemas sociais que demandam ação profissionalizada, conduzirá o movimento complexo da razão na reconstrução do objeto de intervenção dos sujeitos e das forças sociais presentes (PONTES, 2016, p. 185).

Entendemos que a categoria mediação é um movimento da razão histórica que propicia a reconstrução do objeto a partir da apreensão dos determinantes histórico-estruturais e da particularização das leis tendenciais no campo da intervenção profissional, o que permite superar os limites das demandas institucionais, isso porque:

[...] existe um imperativo na reconstrução do objeto de intervenção profissional: o desentranhamento das mediações, determinações e categorias históricas submersas na “névoa” da facticidade, tal como aparece no plano da imediatividade (PONTES, 2016, p.192).

Dessa forma, essa dinâmica de reconstrução da particularidade do espaço de atuação profissional gera, por consequência, a reapreensão das demandas dos usuários e de suas próprias demandas profissionais por meio de aproximações sucessivas em decorrência da possível desocultação das determinações histórico-sociais das expressões da questão social que se põem enquanto objeto de intervenção profissional, negando, portanto, por meio da razão, que expressões da questão social tenham um fim em si mesmas.

Nesse sentido, ainda que as demandas institucionais estejam postas num quadro de subordinação técnica e política e, portanto, requisitando do trabalho profissional uma postura de vinculação a um determinado projeto político expresso pela política social e operacionalizada pela instituição contratante, o assistente social passa a ter condições de articular seus projetos profissionais. Isso porque está mediado pela compreensão de que o

contexto social é permeado por relações sociais que expressam contradições entre os demandantes dos bens e serviços e a insuficiência do alcance dessa política para suprir as reais necessidades dos usuários e que precisa se posicionar e escolher atender ao lado apontado pelo projeto ético político da profissão.

Dentre as várias espécies de demandas sociais expressas pelos usuários e caracterizadas por Vasconcelos (2015), a autora conceitua como sendo demandas espontâneas aquelas apresentadas pelos usuários diretamente às instituições, tendo por base suas necessidades mais urgentes e imediatas. Refere-se igualmente ao fato de que essas demandas postas pelos usuários, na verdade, são forjadas pelas instituições a partir dos bens e serviços que colocam à disposição dos mesmos e que, por isso, “[...] favorecem o obscurecimento das demandas substantivas que expressam as necessidades fundamentais e interesses históricos, individuais e coletivos, dos diferentes segmentos da classe trabalhadora” (VASCONCELOS, 2015, p. 512).

Vale destacar o que a autora aduz acerca das demandas substantivas, compreendidas como sendo as que estão na raiz das demandas explícitas/espontâneas/imediatas¹⁶ e que condicionam e determinam estas e as demais demandas, isso porque:

[...] na complexa dinâmica da sociedade capitalista [...] as demandas substantivas dos trabalhadores e trabalhadoras necessitam ser ocultadas e/ou obscurecidas por demandas espontâneas de caráter urgente e/ou imediato, cujas respostas só podem vir de forma corretiva (VASCONCELOS, 2015, p. 514).

Para a autora, são justamente esses interesses substantivos que permanecem velados na aparência de necessidades urgentes e imediatas diante de usuários e profissionais, o que impede o atendimento das necessidades substantivas dos trabalhadores e favorece a prevalência dos interesses dominantes.

Partindo desse entendimento, passaremos a discutir as demandas que chegam ao Serviço Social a partir dos CAICs e, para tanto, iniciamos perguntando às assistentes sociais de que forma os usuários chegam ao Serviço Social, conforme quadro a seguir.

¹⁶ Demandas imediatas – são as mais urgentes, as do dia a dia, que se impõem frente às necessidades dos usuários, que devem de pronto ser atendidas e que pela velocidade das respostas oferecidas, não passam pelo crivo teórico-crítico, o que contribui para que permaneçam veladas suas raízes.

Quadro 14 – De que forma os usuários chegam ao Serviço Social?

Forma de contato com os usuários	Nº de respondentes	%
Livre demanda	9	90%
Encaminhados por outros profissionais do CAIC	8	80%
Encaminhamentos externos	7	70%
Agendamento	2	20%
Atendimento diários às crianças e/ou responsável nas consultas de primeiro atendimento, recém-nascidos e outros	1	10%
Outros: “Eu os procuro”	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Vemos no quadro de respostas acima que as demandas espontâneas/imediatas também conhecidas como livre demanda representam a maior parcela dos atendimentos das assistentes sociais dos CAICs. Além destas, outras demandas são colocadas diante do coletivo de trabalhadores no contexto do serviço de saúde no qual atuam as pesquisadas. É o caso das demandas referenciadas, que derivam de referências, acompanhamentos, encaminhamentos internos ou externos feito por agentes da própria política de saúde e de outras políticas, inclusive do sistema judiciário, as quais têm sido comuns no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais dos CAICs, representando 70% das demandas sob a forma de encaminhamentos externos e 80% de demandas oriundas de profissionais dos CAICs em geral.

Além destas, igualmente comparecem na realidade dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais as demandas burocráticas, assim entendidas pelo fato de requisitarem a observância de procedimentos, normas, hierarquias e enquadramentos que não raro ocasionam um hiato entre os usuários e os trabalhadores. Estes, por sua vez, são requisitados para construir respostas profissionais mediadas pelo contexto da política social na qual atuam, aos quais compete apreender, analisar e pautar as necessidades sociais enquanto objeto de atenção no cotidiano das respostas profissionais.

Diante das várias demandas com as quais se deparam a categoria de assistentes sociais, é válido reconhecer que além das demandas citadas, comparecem ao exercício profissional outras formas, a saber (VASCONCELOS, 2015):

- Demandas aparentes – são aquelas referenciadas às aparências dos fatos, a uma primeira impressão que se pode ter do que está acontecendo, é, portanto, um primeiro olhar superficial acerca do problema. Esse é o paradigma de análise das demandas mais presentes nas respostas imediatistas do fazer profissional, nas quais não se busca a compreensão dos problemas particulares no contexto da totalidade da sociedade capitalista e excludente;
- Demandas explícitas – são as que se revelam naturalmente pelos usuários e são identificadas com facilidade pelos assistentes sociais;

- Demandas implícitas – são aquelas não reveladas de imediato pelos usuários e que podem se apresentar aos assistentes sociais através de uma análise teórico-crítica da situação;
- Demandas ocultas – são aquelas que se encontram escondidas, encobertas, e são desconhecidas tanto por parte dos usuários quanto por parte dos assistentes sociais;
- Demandas potenciais – são as ligadas às novas necessidades dos usuários que, no entanto, ainda não se encontram atendidas, por estarem ligadas a novas necessidades ainda não atendidas pelas políticas sociais no contexto estatal;
- Demandas imediatas – são as mais urgentes, as do dia a dia, que se impõem frente às necessidades dos usuários, que devem de pronto serem atendidas;
- Demandas mediatas – são as que se encontram no meio do caminho, entre as demandas imediatas e as de fundo, que são as que condicionam e determinam as demais, revelando assim o que está por trás das necessidades imediatas;
- Demandas condicionantes, determinantes, causais, substantivas, remotas e, por isso mesmo, procrastináveis, ou seja, adiáveis. São aquelas que não são possíveis de serem implementadas devido às barreiras impostas pela própria dinâmica de atendimento das expressões da questão social, as quais são atendidas por meio do recorte das necessidades e, conseqüentemente, por meio de políticas setoriais.

No cotidiano do trabalho profissional é possível que todas essas demandas desafiem respostas profissionais, a quais se dão numa trama de interesses contraditórios, pois, conforme demonstra Souza (2018), por atender demandas de um público, mas possuir relação de subordinação com o seu contratante, a profissão, pensada sob a perspectiva histórico-crítica, porta uma condição de instrumento para reprodução das relações sociais a partir da sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho. Portanto, é imprescindível a dimensão ético-política para entender o caráter contraditório da inserção profissional, pois:

[...] se pela mesma atividade reproduzimos interesses antagônicos em disputa no âmbito das relações sociais, tendemos a ser cooptados pela tendência dominante - na maioria das vezes, os interesses das classes dominantes, sobretudo em tempos históricos de refluxos das lutas dos trabalhadores e de ascenso de ofensivas conservadoras e até mesmo reacionárias (p. 49).

Dessa forma, é possível que, no seio da profissão, existam assistentes sociais que se identifiquem com a perspectiva da classe dominante, característica da heterogeneidade da classe trabalhadora, o que nos remete a pensar nos objetivos que queremos alcançar com nossas ações profissionais, as quais devem pautar-se nos princípios éticos contidos no Código de Ética do Assistente Social de 1993, para o qual não há neutralidade no fazer profissional, uma vez que:

Em nossa trajetória histórica, escolhemos, por meio de valores e de nossas ações cotidianas profissionais, a quem fortalecemos no bojo dos interesses em disputa na sociedade. E hoje, e apenas quando reconhecemos que o motor da história é a luta de classes e que seu resultado é fruto de sua ação política, é que podemos afirmar compromissos com valores emancipatórios que colidem com a sociabilidade capitalista [...] (SOUZA, 2018, p. 50).

A contrarreforma das políticas sociais vem pondo sob ataque a área da saúde em questões operativas que afetam a realização do SUS constitucional e que requisitam atendimentos imediatos e emergenciais por parte dos profissionais, além de gerar demandas relativas às condições de vida dos usuários, tais como desemprego, subemprego, violência doméstica e urbana, dentre outros, evidenciando que:

[...] o atendimento de algumas das necessidades mediatas e imediatas dos usuários, não contempladas pelo SUS, no contexto da redivisão do trabalho coletivo na saúde cada vez mais identifica-se e vincula-se com as competências profissionais do assistente social, justificando, desse modo, a ampliação do mercado de trabalho profissional na área da saúde (COSTA, 2009, p. 345).

Importante destacar que as demandas imediatas e emergenciais costumam abranger grande parte do tempo de trabalho do profissional, o que se dá na dimensão do atendimento direto aos usuários, razão pela qual, nessa dimensão do trabalho, é preciso eleger ações socioeducativas¹⁷, desde que conectadas às dificuldades expostas pelos usuários, pois possibilitam uma prática reflexiva capaz de conduzir os usuários à análise dos limites impostos ao acesso a direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde (VASCONCELOS, 2003).

Entendemos que o trabalho do assistente social tem por base o atendimento às expressões da questão social postas nos espaços sócio-ocupacionais sob a forma de necessidades sociais que nem sempre se transformam em demandas profissionais ou institucionais atendidas pela ação estatal. Essas demandas expressam de forma implícita ou explícita necessidades que precisam ser problematizadas pelos profissionais de saúde, de forma que as evidenciem em seus planos e espaços de avaliação do trabalho em saúde enquanto expressões da questão social, pois, muitas delas permanecem invisibilizadas por seu caráter de atendimento emergencial, imediato e fragmentado no interior das instituições e que atingem sobretudo as camadas mais pobres.

¹⁷ São ações que consistem em orientações reflexivas e em socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática (CFESS, 2010).

Nessa direção, passaremos a discutir as demandas tanto institucionais quanto dos usuários (mais adiante) que se expressam na particularidade do trabalho nos CAICs e que, portanto, desafiam respostas profissionais. Para tanto, perguntamos às profissionais quais demandas institucionais atendem no cotidiano do trabalho, obtendo as respostas a seguir.

Quadro 15 – Demandas institucionais

Demandas institucionais	Nº de respondentes	%
Realizar palestras de interesse dos usuários	10	100%
Elaboração de programação semestral com a equipe de trabalho	7	70%
Acolher reclamação dos usuários	7	70%
Distribuir fichas extras	3	30%
Preparar palestra para os servidores	1	10%
Cumprir metas diárias (outros)	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

É válido salientar que as demandas institucionais, em tese, visam requisitar procedimentos que viabilizem a operacionalização de suas funções através de um aparato burocrático-formal dirigido aos trabalhadores convocados para responder a determinadas expressões da questão social.

Analisando as demandas institucionais, vemos evidenciadas requisições aos assistentes sociais pertinentes aos processos de planejamento e gestão, consignadas nas requisições de “programação semestral com a equipe de trabalho”, assim como voltadas para processos de atendimento direto aos usuários, com destaque para o eixo das ações socioeducativas, conforme já destacamos.

No quadro acima, percebemos a presença de duas demandas institucionais com potencial de avançar na direção do controle social e na perspectiva do trabalho interdisciplinar¹⁸, demandas estas consignadas como “acolher reclamações dos usuários” e “elaboração de programação semestral com a equipe de trabalho”. Evidenciamos as citadas demandas advindas da instituição por carregarem possibilidades de respostas profissionais na direção do fortalecimento dos princípios da integralidade e da participação social em saúde, o que pode se concretizar a partir de três processos, dialeticamente articulados e com possibilidade de forjar emancipação e autonomia dos usuários da política de saúde em qualquer dos níveis de assistência, caracterizando-se como:

¹⁸ Consiste em ações profissionais desenvolvidas a partir da consideração de diversos saberes sobre um determinado objeto de trabalho, rompendo com a fragmentação no cuidado em saúde e atendendo, inclusive, ao princípio da integralidade e que, portanto, desafia os trabalhadores do SUS a repensarem seus modos de agir em saúde que privilegiam a fragmentação do objeto de ação, bem presente em equipes multiprofissionais que não trabalham na perspectiva de trabalho interdisciplinar (MIOTO; NOGUEIRA, 2009); (GELBECKE et. al., 2012).

[...] processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e aos processos socioassistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito tanto em diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida em que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282).

Na dimensão do atendimento direto aos usuários, destacamos que o trabalho em equipe multidisciplinar se faz presente no contexto dos serviços de atenção à saúde, no entanto, ainda é perceptível a dificuldade das equipes romperem com a fragmentação das respostas profissionais que o trabalho em equipes multidisciplinares provoca, fruto de “[...] uma formação disciplinar e de valorização das especializações, bem como da própria forma como o trabalho da saúde tem se estruturado” (GELBECKE et. al., 2012, p. 34).

Nessa perspectiva multidisciplinar, a tendência é os profissionais tratarem os sujeitos como se fossem simplesmente parte de um todo. A superação desse desafio pode se dar a partir da problematização da questão pelos trabalhadores de saúde, ao entenderem a exigência de novos modos de produzir saúde no contexto dos serviços, em que as equipes multiprofissionais passem a articular o trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade como forma de iluminar seus respectivos objetos de atuação sob diferentes saberes presentes na especificidade de cada profissão.

Para Mioto e Nogueira (2009), a perspectiva do processo político-organizativo compreende ações articuladas de mobilização e assessoria, cuja finalidade é fomentar discussões e ações nos diferentes espaços sócio-ocupacionais da saúde, sendo privilegiado os espaços de controle social, tais como conferências, conselhos de direitos, conselhos locais de saúde, Ministério Público e outros como a comunidade, através de seus representantes. Trata-se de um processo que intenciona a ampliação, a universalização e a efetivação de direitos, sendo o trabalho profissional focado em evidenciar necessidades sociais que dizem respeito à possibilidade de construção de direitos e a ausência de acesso aos mesmos em diferentes segmentos das políticas sociais, cuja problematização nesses espaços tem o potencial de encaminhar demandas para serem atendidas pelo Estado, reelaboradas na perspectiva dos empregadores e no contexto do embate com os interesses das classes trabalhadoras.

Para tanto, ao ouvir as reiteradas necessidades que se expressam no espaço sócio-ocupacional, caso silencie tais “lamentos”, em relação aos usuários, o profissional estará “[...] contribuindo mais para que sejam subservientes e aduladores na busca de bom atendimento do que fortalecidos no seu autorrespeito e altivez [...]” (VASCONCELOS, 2003, p. 244).

Dessa forma, registrar assistematicamente um conjunto de necessidades sociais como forma de cumprir uma etapa pré-definida do trabalho que não atribua objetivo à condução das atividades, torna o trabalho meramente burocrático e permeado por uma relação vazia com os usuários, trazendo distorções em relação à proteção dos espaços sócio-ocupacionais, pois resulta em ações permeadas apenas pelo viés instrumental e pragmático do trabalho, o que expressa uma instrumentalidade com fim em si mesma e com a conotação de que qualquer sujeito pode realizá-las, tendo em vista se efetivarem sobre o cotidiano irrefletido e com respostas distantes de provocar modificações nas necessidades dos usuários e nas condições objetivas e subjetivas do trabalho para o alcance de interesses atrelados aos interesses da classe trabalhadora.

Disso decorre, segundo Vasconcelos (2015), que, se por um lado, o papel dos assistentes sociais tem se ampliado através da participação cada vez maior em instituições públicas e privadas, tais como Organizações da Sociedade Civil (OSCs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), igualmente suas atividades têm sido redirecionadas para técnicos ou voluntários, que, contraditoriamente, em muitos espaços é o responsável pela capacitação destes, demonstrando que:

Se por um lado, tanto por parte das instituições públicas e privadas/ONGs, o assistente social vem sendo cada vez mais requisitado a prestar assessoria, consultoria na realização de projetos; a assumir a gestão de unidades socioassistenciais e assessorar gestores; a assumir a qualificação de técnicos de nível médio e elementar das instituições em que trabalha; por outro lado, ao ser cada vez mais requisitado a capacitar técnicos de nível elementar, médio ou voluntário com fins de prestar atenção direta aos usuários dos serviços socioassistenciais, o assistente social vê seu papel ser substituído por esses técnicos ou voluntários (p. 436).

Segundo a autora, os profissionais se veem cada vez mais afastados do contato com os usuários, o que inviabiliza a apreensão de demandas profissionais a partir do contato com as expressões da questão social postas em pauta pelas necessidades das classes subalternas, além dos mesmos terem que cumprir as exigências legais e institucionais no espaço onde desenvolvem o trabalho profissional. Nessa direção, buscamos apreender como os profissionais compreendem as demandas que se põem ao exercício profissional perguntando às pesquisadas quais demandas relacionadas NÃO se enquadram no escopo de suas atribuições profissionais, de modo que estejam fazendo algo que esvazie seu contato com os usuários. As respostas são as que seguem abaixo.

Quadro 16 – Demandas não condizentes com atribuições privativas, segundo as pesquisadas

Demandas institucionais	Nº de respondentes	%
Conferir materiais entregues pelos fornecedores	10	100%
Conversar c/ servidores sobre assiduidade e pontualidade	9	90%
Representar a Direção diante de sua ausência na unidade	8	80%
Preparar palestra para os servidores sobre temas diversos	6	60%
Distribuir fichas extras	5	50%
Acolher reclamação dos usuários	3	30%
Elaboração de programação semestral com a equipe de trabalho	2	20%
Realizar palestras de interesse dos os usuários	2	20%
Cumprir metas diárias (outros)	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Tendo respondido, segundo o quadro acima o que consideram NÃO serem suas atribuições profissionais, perguntamos às assistentes sociais quais dentre estas têm se colocado diante do seu trabalho por intermédio de demandas institucionais, tendo, portanto, que as assumir.

Quadro 17 – Demandas institucionais e sua negação enquanto atribuições privativas pelas profissionais

Demandas institucionais (quadro 16)	Total	%	Profissionais NÃO consideram AP* (quadro 17)	%
Realizar palestras de interesse dos usuários	10	100%	2	20%
Elaboração de programação semestral com a equipe de trabalho	7	70%	2	20%
Acolher reclamação dos usuários	7	70%	3	30%
Distribuir fichas extras	3	30%	5	50%
Preparar palestra para os servidores	1	10%	6	60%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

*Atribuições Privativas

Ainda no cerne da discussão sobre demandas institucionais, chamam-nos a atenção algumas demandas vistas pelos profissionais como estranhas às suas atribuições privativas, mas que permanecem dirigidas aos mesmos.

Em relação à demanda “elaboração de programação semestral com a equipe de trabalho”, considerada por 20% dos profissionais como não privativas, entendemos ser impensável o exercício de algumas atribuições contidas no artigo 5º da Lei de Regulamentação da Profissão (LRP) sem que haja uma previsão do trabalho que será desenvolvido pelo assistente social no espaço sócio-ocupacional. É o caso, por exemplo, das seguintes atribuições privativas previstas na Lei 8.662/93: planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social e dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas.

Portanto, no nosso entendimento, o problema comparece quando o profissional é demandado para, sozinho, planejar as ações, ou seja, sem que haja o envolvimento da equipe

multiprofissional, pois se o trabalho se direcionar na perspectiva da interdisciplinaridade, os diferentes saberes são mobilizados em torno do objeto e ampliam as possibilidades de um atendimento pautado no princípio da integralidade. Outra questão importante é que planejar as ações profissionais permite expressar o objeto da sua atuação profissional, o conhecimento teórico-metodológico utilizado para a compreensão dos seus determinantes, assim como, as escolhas ético-políticas que norteiam o trabalho profissional, tais como a liberdade e o respeito às diferenças, evidenciando a toda a equipe o trabalho que será concretizado para fazer frente às necessidades dos usuários e como se expressará na dimensão técnico-operativa, revelando, portanto a mobilização das dimensões constitutivas da profissão no processo de construção das respostas profissionais, tendo em vista que:

[..] a falta de conhecimento sobre a realidade, a ausência de referências teórico-metodológicas capazes de desvelar a sociedade burguesa, a inexistência de um projeto profissional que se conecte com os projetos sociais mais progressistas também impedem ou dificultam uma intervenção profissional que se oriente para a ruptura com o conservadorismo da profissão (GUERRA, 2014, p. 104).

Dito de outro modo, ao participar do processo de planejamento de respostas às necessidades dos usuários, o profissional impede, inclusive, que toda e qualquer demanda seja destinada para o Serviço Social e que por esta venha a ser absorvida, o que se dá pelo fato de outros profissionais não saberem definir o que faz o assistente social e, muitas vezes, na falta da delimitação do fazer profissional, nem mesmo o profissional possui clareza do seu papel no contexto da instituição.

Nessa direção, para Sodré ((2010), Gelbecke et. al. (2012), Mito e Nogueira (2009), conforme referimos no item 2.1 deste trabalho, o coletivo de trabalhadores não raro se divide em equipes que não interagem e atuam de forma compartimentalizada, o que Sodré (2010) denomina de “fordismo modernizador” pelo fato da formação dos profissionais de saúde tratar a vida como partes contidas em um todo e que, portanto, desconsidera as diferentes dimensões das necessidades sociais, bem como suas determinações.

De acordo com Matos (2013), historicamente, põe-se para a categoria profissional a circunstância na qual o assistente social e outras profissões da área da saúde têm se inserido no modelo de cooperação vertical e baseado seu trabalho numa perspectiva complementar ao trabalho do médico, traduzindo-se numa visão ainda vigente no cotidiano de muitos espaços sócio-ocupacionais.

Além das demandas dos usuários, advindas das necessidades por bens e serviços sociais, as requisições institucionais são destinadas ao coletivo de trabalhadores, nele incluídos os

assistentes sociais, e configuram-se como um conjunto de medidas, sejam de caráter burocrático, de procedimentos assistenciais ou de demandas necessárias ao funcionamento da própria instituição, ou seja, trata-se de tudo o que é requisitado e rotinizado burocraticamente por ela, que muitas vezes acaba por desviar os assistentes sociais de sua função, pois, segundo Vasconcelos (2015):

[...] os assistentes sociais, no cotidiano da prática, se deparam com requisições quanto ao preenchimento de formulários de outros profissionais, montagem de processo; fiscalização de informações prestadas nestes formulários por outras categorias profissionais; controle de escala de serviço de outras áreas profissionais; comunicação de óbito, de alta médica, regulação de vagas para internação, agendamento de exames, de ambulâncias, na área da saúde, realização de estudos objetivando a declaração de laudos e pareceres, unicamente para instruir a decisão de outros profissionais, como advogados, médicos, promotores, juízes, onde o trabalhador/usuário comparece somente como objeto de investigação, realização de atividades de cunho meramente administrativo e burocrático (p. 531).

Partindo da recorrência de práticas rotineiras e burocráticas no cotidiano do trabalho profissional, na pesquisa junto às profissionais dos CAICs ora explicitada neste trabalho, eles externam em suas respostas algumas demandas que entendem não constituírem nem atribuições privativas nem competências profissionais que possam ser desenvolvidas por eles, rechaçando com clareza as mais evidentes nesse sentido: “conversar com servidores sobre assiduidade e pontualidade – 90%; conferir materiais entregues pelos fornecedores – 100%; representar a Direção diante de sua ausência na unidade – 80%”. Em outros termos, rechaçam afazeres burocráticos, rotineiros e sem pertinência com seu campo de atuação, o que se traduz num potencial em direcionar suas ações às reais necessidades dos usuários.

Tais requisições institucionais, quando absorvidas pela rotina do trabalho profissional, desviam os assistentes sociais de suas atribuições, dando-lhe papéis a desempenhar fora das suas competências e de suas atribuições legais. Isso talvez se explique pelo fato de ser considerado um “[...] profissional com autoridade em conhecimento próprio das áreas de ciências humanas e sociais, com competência para abordar o social em cada área onde é chamado a atuar [...]” (VASCONCELOS, 2015, p. 533). Tal situação igualmente revela a existência de um trabalho que se expressa no confronto entre interesses e objetivos profissionais, interesses e demandas dos usuários e interesses e requisições institucionais, o que exige do profissional a leitura crítica da sua postura profissional balizada pelo projeto ético-político da profissão e requer a observância:

[...] dos princípios e diretrizes do projeto ético-político profissional, do caráter da atividade profissional (direito, ajuda, tratamento); a estagnação, aprimoramento,

evolução, involução da formação/capacitação do profissional/equipe, na sequência das atividades; a preocupação do assistente social/equipe com a formação permanente e com a análise e avaliação da prática (VASCONCELOS, 2015, p. 539).

Dessa forma, é em meio a essa trama de relações sociais e de poder no ambiente institucional envolvendo profissionais, gestores e usuários em torno de diferentes objetivos, sejam profissionais, sejam institucionais, expressos nos projetos profissionais das diferentes categorias do SUS em torno da questão social, que se constrói, em tese, o atendimento às necessidades dos usuários, o que exige uma postura de formação permanente, considerando que:

[...] as manifestações dos usuários revelam, antes de tudo, o que é necessário ser estudado e aprofundado pelo assistente social, no sentido de qualificar o planejamento e a sua transformação em realidade” (VASCONCELOS, 2015, p. 542).

A partir das respostas das pesquisadas, entendemos que a maioria das demandas institucionais dirigidas aos assistentes sociais dos CAICs expressam demandas voltadas para o exercício de possíveis competências a serem desenvolvidas, ou seja, igualmente podem ser desenvolvidas por outros profissionais, no entanto, no espaço sócio-ocupacional dos CAICs são historicamente dirigidas para os assistentes sociais.

Outra demanda institucional que requisita a intervenção profissional diz respeito à “distribuição de fichas extras”, sendo compreendida por 50% dos profissionais como não sendo privativas do assistente social. Entendemos que tal demanda institucional expressa a insuficiência na oferta dos atendimentos diante das demandas dos usuários, ou seja, estamos diante de uma necessidade social corriqueira no cotidiano dos serviços, cuja desnaturalização pressupõe que seja problematizada a partir de um tratamento quantitativo e qualitativo que evidencie o comparecimento diário desse “atendimento extra” e encaminhado, perante a Secretaria de Saúde, conselho de saúde e direitos, apontando, por consequência, para possível mobilização da dimensão político-organizativa do trabalho profissional a fim de modificar a situação vigente de insuficiência do atendimento.

Dessa forma, a contextualização de tal atendimento viabilizado pelo assistente social nos diferentes CAICs, guarda a potencialidade de esboçar a necessidade da ampliação dos serviços, cabendo ao mesmo deixar claro que a intervenção profissional não o fará na perspectiva da triagem e da seletividade dentre os que procuram pelo atendimento, mas sim, o fará na intencionalidade de ampliação do acesso.

Além das requisições postas pela instituição, conforme vimos anteriormente, as demandas advindas dos usuários igualmente requisitam a mobilização das competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas da profissão para que as respostas profissionais não visem atender o usuário unicamente pelo viés das demandas institucionais, posto que na repetição dos atendimentos às mesmas necessidades sociais, há a possibilidade dos profissionais atenderem unicamente às requisições já formalizadas e padronizadas, sob o manto da eficiência, esquecendo de refletir no seu processo de trabalho se as respostas têm se articulado com o projeto ético-político da profissão, pois, de acordo com Pontes (2016):

[...] o assistente social na intervenção profissional é tomado de assalto por uma forma de demanda que se dá na imediatividade da aproximação institucional, que é a “*demanda institucional*”. Essa forma de demanda responde pelas formas assumidas pelo mando institucional vinculado a um determinado projeto político (Política Social), que enreda uma dada estrutura organizacional (p. 184, grifos do autor).

Para Vasconcelos (2003), as respostas profissionais expressam traços da formação profissional, evidenciados na capacidade teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do assistente social de se posicionar profissionalmente perante as necessidades institucionais e dos usuários, compreendendo como se constituem e são experimentadas cotidianamente por aqueles que demandam os serviços em saúde, espaço este em que comparecem um conjunto de necessidades que extrapolam a capacidade de resolução no campo dessa política. Daí por que o profissional precisa conhecer não só o perfil desses usuários, mas também os recursos, os instrumentos, e os conhecimentos que precisará mobilizar cotidianamente para fazer frente às demandas dos usuários nos serviços de saúde.

Visando apreender se as assistentes sociais pesquisadas conhecem o perfil socioeconômico dos usuários, obtivemos as seguintes respostas, sendo oportuno reiterar que se trata de questões de múltipla escolha, razão pela qual as respostas excedem 100%.

Quadro 18 – Meios de conhecimento do perfil socioeconômico dos usuários

Meios de conhecimento do perfil socioeconômico dos usuários	Nº de respondentes	%
Entrevista social	10	100%
Informações contidas nos prontuários físicos ou no sistema informacional da unidade	5	50%
Preenchimento da ficha social	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Pelas respostas acima, vemos que 100% dos profissionais referem o conhecimento do perfil por meio da entrevista social, a partir dos atendimentos diretos aos usuários e 50% destes

referem conhecer o perfil por meio do sistema informacional ou de dados físicos pertencentes à unidade de atendimento.

Salienta Vasconcelos (2015) que, no esforço de se construírem respostas profissionais às demandas presentes no cotidiano dos espaços sócio-ocupacionais, é relevante identificar o público usuário a ser atendido em suas múltiplas singularidades, tais como: sexo, grau de escolaridade, condições de moradia, ambiente familiar, grau de instrução, entre outros, pois, de acordo com a autora, via de regra, não há um planejamento, sistematização ou articulação das ações de saúde a partir do que se conhece acerca do usuário ou da população que procura o Serviço Social, reduzindo, portanto, o trabalho do assistente social a uma ação assistemática, rotinizada e burocratizada.

Traçar o perfil dos usuários inclui a identificação do território no qual residem, suas necessidades, condições de vida e de trabalho, visando evitar erros de gestão que dificultem ou impeçam o atendimento aos mesmos, além de impedir prejuízos e sacrifícios em outras áreas de sua vida, como falta ao trabalho e aumento de suas despesas com deslocamento para serem atendidos no âmbito do SUS, aspectos estes que vêm sendo objeto de reflexão teórico-metodológica do Serviço Social, pois os serviços modificam sua dinâmica de atenção, seja porque encontram-se mais precarizados, seja pelo fato de ter sido reconfigurada sua disposição no território, mas as respostas profissionais tendem a ficar inalteradas, segundo Vasconcelos (2003) demonstra em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em 2002 com assistentes sociais, revelando que:

[...] independente das mudanças ocorridas no âmbito dos serviços de saúde da população usuária – o que certamente ocasionariam mudanças nas demandas dirigidas ao Serviço Social e na própria dinâmica institucional –, o Serviço Social, na maioria das unidades, tem mantido a estrutura de sua organização intacta por décadas (VASCONCELOS, p. 164).

Nesses termos, conhecer o perfil dos usuários permite construir um trabalho multiprofissional que acompanhe as mudanças do contexto institucional e do perfil dos usuários, pois a realidade é dinâmica, logo as condições de vida e de trabalho da população usuária também sofrem alterações que conduzem ao repensar da organização dos serviços para que fiquem acessíveis a todos.

Em outros termos, a desconsideração das condições de vida da população usuária e a incompreensão de que estas definem se os sujeitos terão ou não acesso à saúde negligenciam a discussão acerca dos fatores que impedem a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. A título de exemplo, a distribuição burocrática e rotineira de senhas para atendimento nas

consultas e o fato de todas as “fichas” serem distribuídas pela parte da manhã, mesmo que o horário de atendimento seja outro, preterindo os que começam a trabalhar muito cedo e que, portanto, não sendo atendidos por não terem conseguido “ficha”, não terão como justificar sua ausência, o que repercute até mesmo na desistência do atendimento que necessitam. São exemplos que nos instigam a repensar as práticas rotineiras e burocratizadas cristalizadas no contexto de organização dos serviços que desconsideram o perfil de uma população usuária que muitas vezes enfrenta estratégias de sobrevivência que impedem de se encaixar naquele padrão de acesso pré-definido pela instituição, sem que seja problematizado diante de possíveis e inúmeras reclamações diárias.

Dessa forma, o conhecimento do perfil dos usuários, longe de portar um conteúdo meramente burocrático, tem o potencial de balizar atos de gestão nos serviços, além do que, expressa as condições de vida e de trabalho dos usuários da política de saúde, logo, o conhecimento do perfil dos usuários igualmente possibilita compreender suas necessidades a partir dos determinantes universais que particularizam variadas formas de manifestação da questão social no contexto dos serviços, bem como o processo de surgimento de diferentes expressões da questão social presentes num dado território, levando, por meio das mediações, à abstração de demandas para o trabalho profissional para então planejar respostas profissionais no contexto de um trabalho coletivo em saúde, tendo em vista que:

O planejamento exige a realização de levantamentos, estudos e pesquisas sobre a questão social e suas diferentes expressões, questão social que contém e está contida nas demandas dos trabalhadores/usuários; estudos e pesquisas sobre o movimento institucional (projetos e programas históricos e em andamento, recursos, correlação de forças institucionais, o que envolve a presença/avaliação dos trabalhadores usuários nesse movimento etc.) (VASCONCELOS, 2015, p. 492).

Dessa forma, uma vez conhecendo o perfil dos usuários e suas necessidades, impõe-se o imperativo ético-político para que o trabalho não se constitua unicamente pelo viés das demandas institucionais. Portanto, identificar quais necessidades sociais se expressam na particularidade do trabalho perante os CAICs e que desafiam as assistentes sociais a apreendê-las enquanto demandas profissionais torna-se relevante na condução do trabalho profissional, razão pela qual perguntamos sobre as principais requisições dos usuários dos CAICs.

Quadro 19 – Principais requisições dos usuários do Serviço Social nos CAICs

Requisições dos usuários	%
Contatos com outras instituições para viabilizar direitos	90%
Informações sobre atendimento de necessidades: fome, desemprego, saúde, inclusão escolar de criança com deficiência	90%
Acesso a atendimento no CAIC	80%
Orientação/encaminhamento sobre definição de guarda, divórcio	60%
Orientação/encaminhamento para a rede de proteção à mulher e à criança vítima de violência	60%
Orientações de como agir diante de violência contra criança e adolescente	40%
Informações sobre direitos de usuários do interior do Estado em tratamento fora do domicílio	30%
Orientações de como inserir em tratamento pessoa que faz uso abusivo de drogas	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Insta destacar que os assistentes sociais convivem diariamente com as necessidades trazidas pelos usuários e são requisitados para oferecer-lhes respostas em relação às demandas por bens e serviços sociais. Entretanto, ao legitimarem o Serviço Social, as instituições “[...] consubstanciam a convocação que o capital faz aos assistentes sociais: participação no controle e submissão das massas trabalhadoras” (VASCONCELOS, 2015, p. 428). Nesse sentido, esse profissional encontra-se em uma encruzilhada, na medida em que exerce o trabalho profissional no bojo do sistema capitalista, o qual atua para neutralizar possíveis mobilizações que desestabilizem os interesses das elites, o que requisita do profissional:

[...] o conhecimento das necessidades do capital, do Estado e, em especial, da população-alvo, necessidades essas *fontes geradoras das demandas*, [...] construir os seus objetos [...] e definir mecanismos e procedimento adequados para o redimensionamento de suas competências técnicas e políticas. (SERRA, 2008, p. 163 – grifos da autora).

Apesar do trabalho expressar-se em meio a interesses contraditórios que atravessam a realidade social, faz-se necessária a busca por formas de superação dos limites, tanto institucionais quanto profissionais, desde que haja clareza da direção ético-política das atividades realizadas no âmbito do trabalho coletivo e a ciência de que apesar de possuir uma relativa autonomia para o desenvolvimento de suas ações, sempre são possíveis mediações que permitam oferecer respostas voltadas para os interesses dos usuários, seja a partir do atendimento direto aos usuários, do planejamento, da gestão, da investigação ou de qualquer outra dimensão em que o trabalho possa ser pensado enquanto respostas às demandas da classe trabalhadora (CFESS, 2020).

Nesse sentido, compreendemos que as necessidades sociais, sob o crivo de mediações teórico-políticas, norteiam estratégias profissionais rumo ao fortalecimento dos sujeitos que demandam a intervenção profissional. Por ser o Serviço Social uma profissão de caráter

interventivo, sua utilidade social traduz-se nas respostas às demandas das classes sociais, com direcionamento ético-político de suas ações para desvelar e atender as reais necessidades dos usuários, as quais comparecem em conjunto com as demandas que perpassam as instituições no cumprimento de suas finalidades e são construídas a partir do embate de interesses contraditórios que se forjam no contexto da sociedade capitalista, razão pela qual:

Primeiramente, é imprescindível identificar as necessidades do capital e do Estado, em especial, em face das alterações estruturais de hoje, para que se possa, em decorrência, identificar as imposições e demandas que um e outro estão colocando à profissão, em particular. Ou seja, que requisições estão sendo feitas ao Serviço Social nas instituições estatais e nas empresas privadas, em face dos processos de implantação da reestruturação produtiva e da reforma do Estado, sob a égide neoliberal (SERRA, 2008, p. 162).

Dentre as formas de mediação, o conhecimento da realidade social e de seus determinantes se impõe, o que é possível a partir do exercício da crítica teórica à abordagem do real, pois a questão das demandas postas ao Serviço Social “[...] não é algo percebido na visibilidade aparente dos problemas e necessidades sociais, mas é um processo que requer um aprofundamento analítico na investigação da realidade social [...]” (SERRA, 2008, p. 165).

Diante do exposto, vemos que tanto a apreensão das demandas profissionais quanto a construção das respostas profissionais não se expressam de forma automática na direção de mudanças da configuração das necessidades dos usuários, pois as expressões da questão social comparecem na aparência dos fatos, na emergência de um atendimento que se repete no cotidiano do trabalho e que, se não forem refletidas à luz da competência teórico-metodológica, se cristalizarão enquanto ações burocráticas e rotineiras, por não ter sido submetidas ao crivo teórico-reflexivo que desvele seus determinantes. Em outros termos, conforme pontua Pontes (2016), é preciso pensar que a singularidade dos fatos não é algo casual e isolado de questões políticas, econômicas e sociais que se expressam na vida concreta dos sujeitos por meio de diferentes necessidades e que estas se particularizam nos espaços sócio-ocupacionais com potencialidade de serem apreendidas enquanto demandas, atendidas ou ainda pautadas e problematizadas visando sua incorporação pela agenda pública.

Nesse sentido, o espaço sócio-ocupacional expõe o confronto de diferentes objetivos (assistentes sociais, outros profissionais, usuários, gestores, Estado, o mercado etc.), revelando um contraditório campo da luta de classes, em que os objetivos formulados previamente pelo escopo das políticas requerem:

Independentemente da sua condição, são objetivos que para serem apreendidos nas suas relações e conexões necessárias e nas suas contradições necessitam de teoria, do estabelecimento de mediações e conexões necessárias para serem desobscurecidas, reveladas e apreendidas no ato de planejar, de realizar e avaliar as ações (VASCONCELOS, 2015, p. 510).

Essa arena de interesses contraditórios é o *locus* no qual o assistente social se posiciona a partir de sua atuação profissional, podendo oferecer respostas conforme o projeto ético-político ou reforçar as desigualdades postas como naturais. Posicionar-se criticamente somente é possível através da reflexão, da análise crítica e da sistematização do trabalho profissional, tendo como direcionamento o planejamento de um trabalho que considere as relações de poder que atravessam a sociedade e a instituição na qual atua.

Nesse sentido, os objetivos profissionais nem sempre estão de acordo com as diretrizes e objetivos institucionais, o que requer competência técnica para negociar as propostas de intervenção profissional que contemplem as reais necessidades dos usuários, sem desconsiderar os limites institucionais e o necessário direcionamento de um trabalho com objetivos claros, caso contrário:

Sem se colocar crítica e conscientemente diante desse complexo de objetivos que atravessa o cotidiano profissional, a qualquer serviço, profissional ou equipe que permaneça centrado num conhecimento imediato e intuitivo da realidade que os cerca, só resta a (falsa) sensação de que o frenético cotidiano profissional está esvaziado de sentido, direção, princípios, finalidades, objetivos, estratégias e que, diante disso, não haveria alternativas (VASCONCELOS, 2015, p. 511).

Além da relação tensa e contraditória imanente ao espaço institucional, é necessário igualmente a compreensão profissional no sentido de que existem disputas no interior da política de saúde que evidenciam dois projetos de atenção à saúde (o privatista e o de saúde pública), assim como, há dissonâncias e críticas na categoria profissional acerca do projeto hegemônico da profissão expressas pelo discurso que sustenta a cisão entre teoria e prática, o descrédito em relação às políticas públicas enquanto arena de luta pela cidadania e de satisfação das necessidades sociais, além do que preconizam a construção de um saber específico para a área da saúde, relegando a formação original em Serviço Social a um segundo plano.

A despeito do assunto, o CFESS (2010) explicita que isso vem sendo construído no seio da profissão através de três expressões, sendo que:

A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas. A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um

privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente, o discurso da necessidade de criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada (p. 27).

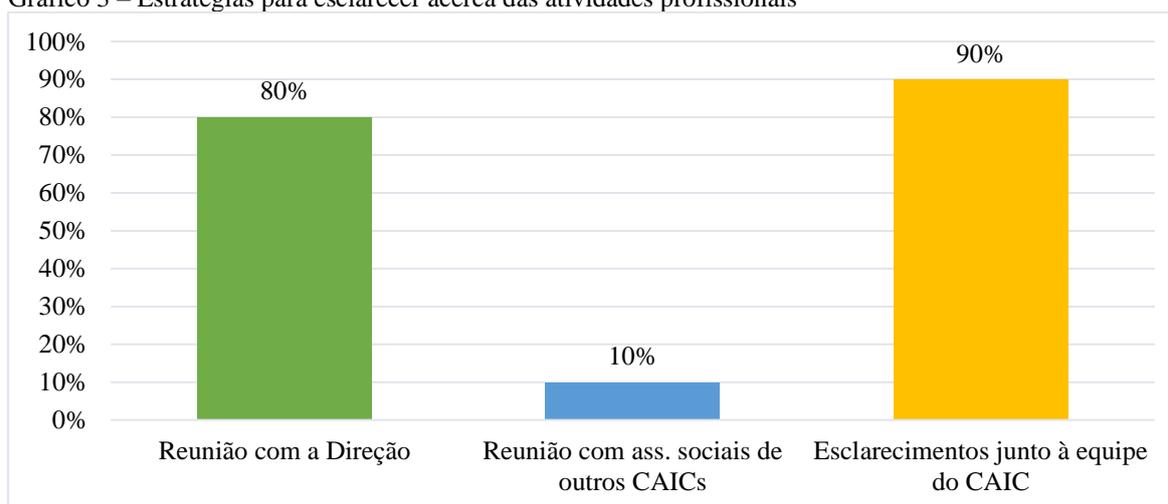
O quadro acima evidenciado pelo CFESS (2010) revela-se preocupante, uma vez que, ao questionarem o projeto hegemônico da profissão no cotidiano do trabalho profissional, os assistentes sociais se distanciam da intencionalidade de apreender os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Ainda como consequência daquele distanciamento, desvalorizam estratégias político-institucionais para o enfrentamento das necessidades sociais, o que compromete a instrumentalidade do trabalho, tema sobre o qual falaremos no tópico 3.3 deste trabalho.

Soma-se a essa questão o fato de serem os profissionais frequentemente instados a intervir diante de necessidades imediatas, que podem levá-los, quando ausente a capacidade teórico-crítica, a perceber problemas individuais como sendo resultado de desajustamento dos sujeitos. (VASCONCELOS, 2015). Dessa forma, cabe o questionamento do direcionamento dado ao trabalho profissional, pois, quando ciente de que este deve propor-se a evidenciar a realização do projeto ético-político da profissão, opta por um fazer profissional conectado com a construção dos direitos da coletividade. Portanto, é em meio às requisições imediatas e o direcionamento do projeto ético-político que reside o desafio de atender às demandas dos trabalhadores e visibilizá-las enquanto necessidades de um conjunto de sujeitos conectados pela vivência de uma realidade social excludente e limitadora de direitos, daí porque a importância da categoria mediação, tornando possível a compreensão dos fenômenos por meio de um processo reflexivo da realidade (GUERRA, 2014).

Dessa forma, o trabalho profissional materializa-se em meio ao desafio de fortalecer o interesse público e remediar as necessidades individuais, imediatas, porém, demonstrando que embora singulares, estas se repetem nos espaços de atuação profissional e, portanto, precisam ser transformadas em demandas a serem correspondidas pelo poder público. Esse cenário tem como pano de fundo a relativa autonomia, por vezes embaçada à compreensão dos agentes profissionais, pois, conforme a pesquisa ora analisada, vemos que 70% das pesquisadas consideram ter total autonomia e 30% delas a compreendem tê-la parcialmente, o que talvez se explique pela liberdade que dispõem para deliberar sobre plano de trabalho, cumprimento de metas diárias e pela possibilidade de tomarem providências para esclarecer no âmbito da instituição, o que não compete ao seu trabalho.

Seguindo esse raciocínio, ao perguntarmos se as assistentes sociais dispunham de plano de trabalho, 50% referiram em suas respostas não o possuir, o que nos remete a duas possibilidades: falta de planejamento das ações para parte dos profissionais, assim como, presença de liberdade na condução das mesmas no âmbito da instituição. A autonomia percebida pelos profissionais igualmente pode ser depreendida quando apenas 1 profissional, equivalente a 10% das respondentes, faz referência à exigência de cumprimento de “meta diária de trabalho” no campo “Outros” da pesquisa. Igualmente evidencia-se quando afirmam explicitar no contexto do trabalho coletivo aquilo que julgam não serem suas atribuições privativas, expondo que aceitam algumas demandas que consideram suas, assim como negam outras por diferentes razões, o que é reforçado quando respondem acerca de quais estratégias utilizam para esclarecer no âmbito da instituição o que não compete ao trabalho profissional, expressando suas providências nesse sentido, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 3 – Estratégias para esclarecer acerca das atividades profissionais



Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

As respostas acima nos levam a inferir que, mesmo detentor de uma autonomia relativa para o exercício do seu trabalho (embora expressem outra percepção, segundo a pesquisa ora analisada), enquanto profissional qualificado, é possível ao assistente social desenvolver respostas permeadas de conteúdos políticos, intelectuais e por competências teóricas e técnicas, requeridas para formular propostas e negociar com os contratantes institucionais, privados ou estatais e equipe suas atribuições e prerrogativas profissionais, priorizando os objetos sobre os quais pretende intervir e fortalecendo, por conseguinte, o modo ser da profissão e sua legitimidade social perante as classes sociais que demandam seu trabalho profissional.

Nesse contexto, é fundamental por parte dos profissionais o domínio do que sejam atribuições e competências profissionais, o que lhes permite fortalecer a capacidade de negociar com os empregadores seus projetos de atuação, e assim direcionar o exercício profissional para a defesa das políticas sociais, com vistas a atender às demandas sociais.

Como reflexo desse domínio, ganha visibilidade a utilidade social da profissão perante os destinatários das suas respostas profissionais. Na direção do fortalecimento do exercício profissional, nele consideradas as atribuições privativas e as competências asseguradas e as que podem vir a ser desenvolvidas, o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão (LRP) contribuem para expressar a forma de aparecer da profissão, não só pelo fato de serem evidenciados na dimensão técnico-operativa, mas também por espriarem princípios, valores, garantias e deveres profissionais que atravessam todas as dimensões constitutivas da profissão, consideradas unidade na diversidade (SANTOS, 2013).

Na busca de apreendermos se há clareza por parte das profissionais do que sejam atribuições privativas, perguntamos às mesmas quais realizam no espaço sócio-ocupacional dos CAICs, ocasião em que constatamos que 40% das respondentes expressam corretamente atribuições que somente podem ser realizadas por assistentes sociais, portanto, compatíveis com atribuições que lhes são exclusivas, segundo a Lei que regulamenta a profissão. No entanto, 40% expõem em suas respostas ações que denotam competências profissionais desenvolvidas no espaço sócio-ocupacional, enquanto outros 20% das respondentes mencionam tanto ações que expressam competências profissionais como ações compatíveis com atribuições privativas.

Tais respostas nos leva a apreender três categorias de afirmações que revelam a forma de apreensão por parte das profissionais dos CAICs do que sejam atribuições privativas, ficando assim categorizadas (BARDIN, 2011): as profissionais que referem desempenhar atribuições privativas previstas em lei; as que confundem atribuições privativas e competências profissionais e as que somente traduzem em suas falas ações que denotam a realização de competências profissionais no espaço sócio-ocupacional dos CAICs.

Percebemos nas respostas das pesquisadas uma certa dificuldade em diferenciar atribuições privativas de competências profissionais. Estas, segundo parecer exarado por Terra (1998), referem-se a qualificações profissionais que podem ser desenvolvidas pelos assistentes sociais, mas não lhes são exclusivas. Ao passo que as atribuições privativas são aquelas que só podem ser desenvolvidas por quem tenha formação em Serviço Social, ou seja, refere-se a um conjunto de atividades reservadas para quem tenha uma formação específica, protegendo assim, um espaço na divisão sociotécnica do trabalho para a categoria profissional.

Partindo da constatação exposta nas falas das pesquisadas, parece-nos pertinente pontuar que em tempos de clara precarização do trabalho, de reconfiguração dos espaços e das competências profissionais, mais do que nunca a profissão de assistente social tem que se revelar necessária no contexto do trabalho coletivo com a clareza de que possui atribuições privativas que pela lei regulamentadora da profissão protege o trabalho profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. O problema, segundo Matos (2015), é quando se fala das competências profissionais, pois, como já referido, podem ser desenvolvidas pelos assistentes sociais, mas não lhes são exclusivas. Disso decorre a perda/redução de muitos espaços sócio-ocupacionais para outras profissões, pois, há muitas lacunas da profissão em apreender aquilo que potencialmente podemos desenvolver, tendo em vista que:

A resposta a essas demandas, por parte de assistentes sociais está posta no campo das suas possíveis competências; logo, essa ação não lhes é exclusiva. Ser competente aqui é articular a dimensão ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa (MATOS, 2015, p. 690).

Em outros termos, o multifacetado universo dos serviços organizados de acordo com a setorialidade das políticas, requisita um coletivo de trabalhadores para responder às expressões da questão social, e, em meio a diversas profissões, assim como pode ocorrer a descaracterização das atribuições privativas, igualmente pode oportunizar o desenvolvimento de competências até então estranhas ao trabalho profissional, “[...] sem engessarmos o trabalho, por não conseguirmos captar o movimento tendencial das demandas a ele colocadas” (MATOS, 2015, p. 690).

Percebemos que o trabalho coletivo desafia os assistentes sociais a melhor se apropriarem das atribuições privativas, compreendendo-as enquanto garantidoras da particularidade da profissão, sobretudo num contexto em que o trabalho se insere em equipes multiprofissionais, sem perder de vista, contudo, outras possibilidades de atuação perante competências que possam desenvolver, o que reforça a necessidade de reafirmação da necessidade social da profissão nos espaços sócio-ocupacionais.

Dessa forma, inserido num coletivo de trabalhadores, o profissional é desafiado a formular respostas profissionais, as quais, quando permeadas pelas dimensões constitutivas da profissão: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, potencializam a capacidade do trabalho de modificar condições objetivas (recursos de trabalho, condições de trabalho, demandas) e subjetivas, visando a produção de respostas qualificadas que atendam aos interesses das classes trabalhadoras, pois:

[...] atribuições e competências e sua interpretação não são estáticas e não podem ser congeladas frente às transformações do trabalho e às novas configurações da “questão social” no atual estágio do capitalismo mundializado e financeirizado do século 21, considerando a particularidade da inserção periférica e dependente do Brasil, no contexto do desenvolvimento capitalista desigual e combinado (RAICHELIS, 2020, p. 13).

Diante do exposto, compreendemos que o Serviço Social, dentre outras profissões, atua frente às variadas expressões da questão social, ocupando um lugar específico na divisão sociotécnica do trabalho, sendo os profissionais requisitados para atuar na formulação, planejamento e implantação de respostas institucionais às demandas postas pelas contradições engendradas pelo modo de produção capitalista. No interior dessas requisições, são desafiados a materializar o projeto ético-político da profissão, tendo como referência atribuições privativas e competências profissionais por meio das quais podem expressar suas objetivações, escolhas éticas e políticas, valores e cultura profissional. Nesse sentido, Matos (2015), ressalva que restam claras as atribuições privativas, mas as competências são permeadas de possibilidades de apreensão de demandas que podem ser captadas no cotidiano do exercício profissional.

Portanto, compreendemos que a clareza acerca da função social da profissão perpassa questionamentos, tais como: a quem o trabalho profissional está sendo útil? Está sendo projetado para a reprodução das estruturas de poder ou para a emancipação dos sujeitos de direitos na direção da democracia participativa? Tais questionamentos são indutores de respostas profissionais condizentes com o projeto profissional e na direção das necessidades históricas da classe trabalhadora.

Nesse sentido, pensar a direção social da profissão é indissociável da discussão sobre atribuições e competências profissionais, pois a apreensão das mesmas e sua materialização a partir das respostas profissionais traduzem a forma de ser das profissões na divisão sociotécnica do trabalho. Sua utilidade social, portanto, expressa-se em dois momentos: pela convocação da profissão por parte do Estado para frear as resistências políticas dos trabalhadores, assim como, para intervir nas expressões das desigualdades sociais, as quais requisitam respostas profissionais por intermédio da política social, considerada não a única, mas importante mediação do trabalho profissional, a qual é atravessada por limites e por potencialidades de ampliação na direção do atendimento dos interesses coletivos (GUERRA, 2000).

Em meio aos desafios de construção/ampliação dos interesses coletivos, a depender das resistências apresentadas na possibilidade do controle social, o assistente social, considerado

um dos agentes pertencentes ao coletivo dos trabalhadores em saúde, carrega um potencial de propor ações na direção dos processos político-organizativos, destacando que:

[...] apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de expressão social, de invenção e de reinvenção da vida construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado (IAMAMOTO, 2015, p. 28).

A possibilidade do trabalho profissional na dimensão político-organizativa concretiza-se por meio da mobilização, considerada um instrumento por Sousa (2008) e da assessoria a instâncias institucionais e da sociedade civil, visando melhorar o acesso, a universalidade do atendimento e a qualidade dos serviços em qualquer dos níveis de complexidade em que atuam.

Esse ambiente atravessado por relações sociais e de poder que denotam projetos sociais e profissionais em disputa, impõem-se dificuldades ao trabalho profissional. Por isso, perguntamos às profissionais pesquisadas quais se impõem à materialização do trabalho profissional.

Quadro 20 – Dificuldades que se impõem para a materialização do trabalho profissional.

Dificuldades para materialização do trabalho	%
Dificuldade de articulação do trabalho profissional com o de outros profissionais	70%
Necessidade de cursos e capacitação	60%
Espaço físico inadequado	30%
Outros: “Desmonte das políticas sociais na atual conjuntura e o fato de o CAIC realizar atendimentos voltados para atenção básica, estando vinculado à esfera Estadual responsável pela média e alta complexidade, tendo dificuldade de custear os serviços prestados”.	10%
Outros: “Necessidade de eficácia no próprio sistema de saúde (morosidade na autorização de exames laboratoriais e de imagem, especialidades médicas, entre outros); sobrecarregam o Serviço Social na busca da efetivação desses serviços como um direito”.	10%
Concentração de grande parte do tempo em ações burocráticas	0%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

As respostas acima traduzem circunstâncias que nos leva a concordar com a compreensão de Iamamoto (2015) e Raichelis (2020) acerca da condição que porta o assistente social de ser um profissional com relativa autonomia, pois, por mais favoráveis que sejam as condições objetivas e subjetivas para o exercício profissional, o trabalho do assistente social sempre será permeado por uma relativa autonomia.

Percebemos que há uma certa desconsideração por parte dos pesquisados acerca da relativa autonomia no cotidiano do exercício profissional, tendo em vista que 70% referem possuir total autonomia e 30% afirmam dispor de autonomia parcial para desenvolver o trabalho profissional. Ora, se o contexto institucional apresenta-se atravessado por demandas

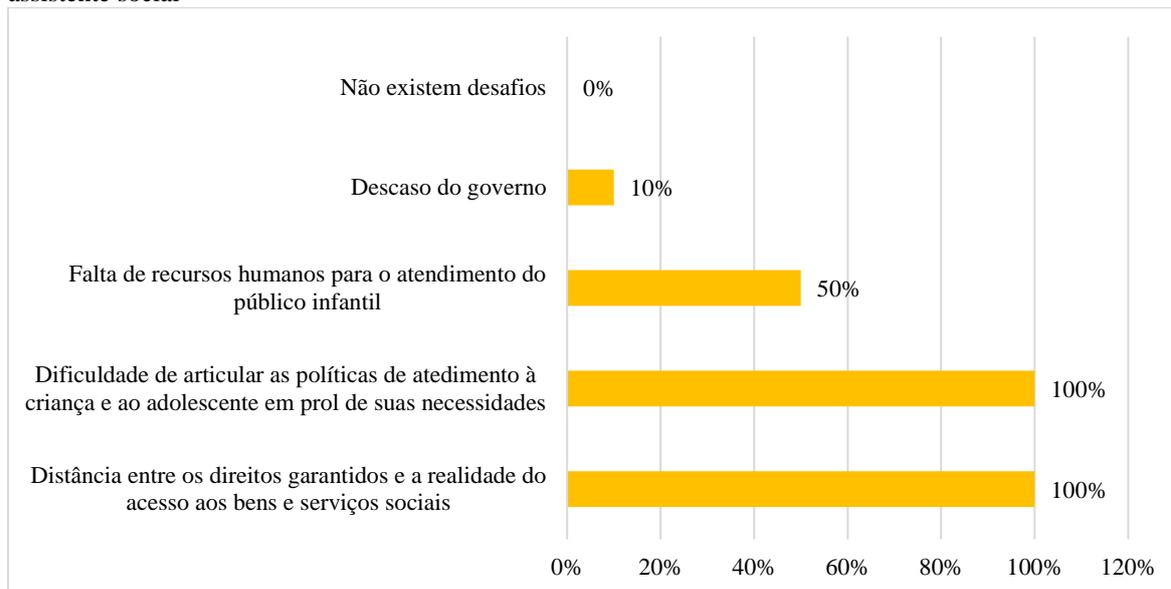
prévias/padronizadas institucionalmente, a serem atendidas pelas diferentes categorias profissionais com as quais os assistentes sociais precisam encaminhar um trabalho que atenda aos interesses dos usuários; se diante de tal circunstância 70% dos pesquisados referem “dificuldades em articular o trabalho profissional com o de outros profissionais da equipe” (conteúdo que nos deteremos mais adiante quando falaremos acerca das dificuldades do trabalho coletivo em saúde); se diante de condições objetivas de trabalho, 30% dos pesquisados afirmam dispor de “espaço físico inadequado” e 20% deles consideram que a “concentração de grande parte do tempo em ações burocráticas” impõem limites ao trabalho profissional, o que seriam tais situações, senão a materialização da relativa autonomia no contexto da atuação profissional?

Contraditoriamente, percebemos a clareza dentre os pesquisados de que as condições de trabalho são de considerável relevância em qualquer espaço sócio-ocupacional, pois, determinam uma série de fatores que influenciam na qualidade dos serviços prestados pelo coletivo de trabalhadores, dentre eles os assistentes sociais. Nesse sentido, as profissionais pesquisadas demonstram uma aproximação a uma análise crítica ao perceberem o comprometimento do trabalho em equipe, as fragilidades da infraestrutura, as dificuldades de efetivação da intersetorialidade, a qual se conecta com o princípio da integralidade em saúde que deve nortear os serviços prestados, assim como as dificuldades com a rede socioassistencial e a sobrecarga de trabalhos do profissional na busca pela efetivação de direitos.

Vale salientar que 60% dos assistentes sociais consideram a “falta de cursos e capacitação” como dificuldades que se impõem à materialização do trabalho profissional, entretanto, em questão referente a que leituras específicas de Serviço Social realizaram nos dois últimos anos (conforme veremos no tópico que trataremos acerca da instrumentalidade), 20% deles expressaram não ter realizado leituras específicas de Serviço Social nesse período, o que nos remete a pensar que dentre os pesquisados há possíveis encaminhamentos do fazer profissional mais voltados para o caráter pragmático da profissão.

Algumas falas das pesquisadas acerca do que dificulta a materialização do trabalho profissional nos conduzem às seguintes conclusões: falta de priorização do atendimento à criança e ao adolescente previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme discutimos no capítulo 1 deste trabalho, assim como o descompasso entre os direitos previstos e aqueles efetivamente acessados. É o que majoritariamente revelam as profissionais quando perguntamos às mesmas quais os principais desafios que o trabalho na atenção à saúde de crianças e adolescente impõe ao Serviço Social, as quais expressaram-se nas falas a seguir.

Gráfico 4 – Desafios na atenção à saúde de crianças e adolescente que impõem dificuldades ao trabalho do assistente social



Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Insta destacar que as assistentes sociais pesquisadas atuam em espaços sócio-ocupacionais distribuídos pelas diferentes zonas da cidade de Manaus. Diante do fato de que 100% dos sujeitos da pesquisa referem-se à “Dificuldade de articular políticas de atendimento à criança e ao adolescente em prol de suas necessidades” e à “Distância entre os direitos garantidos e a realidade do acesso aos bens e serviços sociais”, nos reportamos à pesquisa realizada por Vasconcelos (2003) na cidade do Rio de Janeiro, em 2002, com foco no trabalho profissional, na qual, segundo a autora, foram detectados graves problemas do SUS presentes naquela realidade e que com ela concordamos quando aduz ser esta uma realidade extensível a diferentes espaços sócio-ocupacionais do trabalho profissional de outras cidades brasileiras, tal qual a realidade em que atuam os assistentes sociais dos CAICs da cidade de Manaus.

Na pesquisa em comento, a autora identifica inconformidades dos serviços ofertados à população em relação ao que está preceituado no SUS, tais como a má distribuição dos equipamentos de saúde, o que, conforme sabemos, não é fenômeno exclusivo da cidade do Rio de Janeiro, e que cotidianamente repercute no não-acesso dos usuários, pois limita a mobilidade dos mesmos por razões financeiras e de logísticas, assim como os limita em relação ao acesso aos serviços prestados e aos seus direitos enquanto usuários do SUS.

Em Manaus, por exemplo, a partir de levantamento realizado com dados oriundos da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (2020), vemos que, apesar das zonas norte e leste da cidade terem 55% da população da cidade de Manaus, juntas possuem 50% das unidades de saúde de responsabilidade dos entes estatal e municipal. Ao passo que as zonas oeste, sul e rural

juntas representam 45% da população e dispõem do mesmo percentual de unidades de saúde, distribuídos pelos 3 níveis de complexidade, sem guardar equivalência com o contingente populacional, conforme explicitamos no tópico 3 do capítulo 1 deste trabalho.

Dessa forma, a oferta de serviços de saúde apresenta-se de maneira desigual, pois as áreas mais populosas da cidade apresentam menos recursos investidos e menor oferta dos serviços de saúde, na contramão de estudos que revelam:

[...] que as ações de saúde preventiva/coletiva é que vem sustentando mudanças nos padrões de morbimortalidade, sobretudo no Brasil, mas, infelizmente, são as ações dirigidas aos agravos provocados pelas doenças – sustentados por tecnologias altamente complexas e caras – que passam a ser prioridade e não aquela dirigida a seus determinantes (VASCONCELOS, 2003, p. 89).

Percebemos que além do fator de má distribuição dos serviços de saúde pelo território, que deveria ser norteadada pela quantidade de pessoas residentes nas diferentes zonas da cidade e no perfil sanitário e epidemiológico que as caracteriza, ou seja, segundo suas reais necessidades de saúde, temos ainda a falta de recursos humanos, inclusive citada por 50% dos pesquisados como sendo um dos desafios na atenção à saúde da criança e do adolescente que se impõe ao trabalho do assistente social. Trata-se de uma questão que não foi enfrentada pela implantação do SUS e que impacta nos próprios princípios orientadores do sistema no que se refere à universalização do acesso aos serviços de saúde e à atenção integral.

Dessa forma, a prevenção e os cuidados iniciais de orientação em saúde ficam em segundo plano, na medida em que são priorizadas ações curativas voltadas para o atendimento de doenças já instaladas e decorrentes de demandas dos usuários que demoram a ter acesso aos serviços, sobretudo na atenção primária, o que segundo Vasconcelos (2003):

[...] já era de se esperar que as unidades de saúde, mesmo as de atenção básica, fossem reconhecidas e procuradas pela população como unidades de cura de doenças, essa não é uma concepção somente dos usuários, mas principalmente, e em primeiro lugar, do próprio poder público, reproduzida pelos próprios profissionais da saúde a partir da forma como se organiza ou deixam-se organizar na prestação dos seus serviços. Submetem-se subservientemente, na maioria das vezes, aos ditames institucionais – no caso, as determinações ou falta de determinações das chefias imediatas -, incapazes de dar direção às suas ações em relação – se não aos seus princípios e objetivos profissionais e nos seus Códigos de Ética que explicitam declarações de “compromisso com a população” – ao que está garantido, ainda que formalmente, na Legislação Municipal – Lei Orgânica do Município e, por vezes, na Lei de Diretrizes Orçamentária (p. 144).

É notório pelos usuários e pelos profissionais da política de saúde o abismo entre a política de saúde real e o direito ao acesso estabelecido na Constituição brasileira, uma vez que,

apesar de preconizar a saúde preventiva, esta política não oferece condições para a sua implantação, pois, diante do insuficiente acesso a atendimentos especializados, mesmo havendo alta procura pelos usuários nos serviços de saúde, como se falar em saúde preventiva, se o usuário não consegue saber se tem ou não uma determinada comorbidade?

Mas nem tudo se traduz em falta de recursos, tendo em vista que algumas lacunas no acesso poderiam ser resolvidas por atos de gestão. É o caso, por exemplo, da distribuição do horário de funcionamento das unidades de saúde, pois, o tempo de utilização das unidades de saúde muitas vezes está organizado para ofertar os serviços no período da manhã, induzindo os usuários a concentrar suas demandas nesse espaço de tempo, o que deixa as unidades subutilizadas em outros horários, mesmo havendo demanda para ser atendida nos horários ociosos. Tal ocorrência, muitas vezes, se dá pela falta de recursos humanos, conforme externado pelos pesquisados, ou até mesmo em razão de que, por vezes, fluxos e rotinas burocráticas estão acima do objetivo principal do sistema de saúde, que seria proporcionar um atendimento de qualidade àqueles que sustenta o próprio sistema de saúde, ou seja, os usuários, o que explica, em parte, o fato de muitos usuários abandonarem, desistirem ou sequer procurarem atendimento para resolver seus problemas de saúde.

A capacidade de propor caminhos alternativos que superem os limites impostos pelas condições objetivas do trabalho emerge a partir do conhecimento das singularidades do trabalho, desde que sofram passagens e mediações que conduzam à compreensão de como elas se relacionam com as leis tendenciais captadas na universalidade. Esse movimento da razão crítica desnuda os objetos de atuação manifestos nos espaços sócio-ocupacional, pois os particulariza ao revelar os seus determinantes, desnaturalizando a necessidades sociais, que se apresentam de forma imediata, requerendo, portanto, respostas igualmente imediatas e irrefletidas do coletivo de trabalhadores (PONTES, 2016).

Nesse sentido, torna-se possível a compreensão de que as expressões da questão social não se manifestam isoladamente na vida dos sujeitos que procuram pelo atendimento de suas demandas. Ao contrário, expressam-se perante um coletivo de sujeitos espoliados, em regra, das mínimas condições de sobrevivência e que têm nas políticas sociais um possível espaço de acesso, ampliação ou criação de direitos na direção do atendimento dos interesses coletivos (GUERRA, 2000).

Vale destacar que na direção da construção dos interesses coletivos, o assistente social tem em uma das dimensões do seu trabalho profissional, a político-organizativa, a competência para mobilizar e assessorar instâncias institucionais e da sociedade civil visando melhorar o acesso,

a universalidade e a qualidade dos serviços em qualquer dos níveis de complexidade em que atuam. Tal dimensão pode ser redimensionada no planejamento do trabalho profissional, tendo em vista ser um dos espaços de atuação ainda passíveis de apropriação pela categoria. Dessa forma, passaremos a discutir no tópico seguinte as formas de planejamento visando o enfrentamento das expressões da questão social a partir das respostas profissionais das assistentes sociais dos CAICs.

CAPÍTULO III

INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DOS CAICs

3.1 Perfil profissional e acadêmico das assistentes sociais entrevistadas

A realização da pesquisa nos permitiu inicialmente estabelecer o perfil profissional e acadêmico das profissionais entrevistadas, o que pode nos fornecer pistas acerca da instrumentalidade do trabalho profissional, pois, ao nos informar sobre quais saberes apreenderam na formação profissional, o que buscam nos seus processos de capacitação continuada e se já realizaram cursos de Pós-graduação, teremos a possibilidade compreender em que medida a busca pelo aprimoramento intelectual tem se refletido na sua qualificação para o fazer profissional.

A pesquisa revela que 100% dos entrevistados são do sexo feminino. Todas graduadas entre os anos de 1995 e 2010, assim divididas: 20% entre os anos de 1995 e 1998, 40% dos sujeitos graduados entre os anos de 2001 e 2006, 40% deles foram graduados entre os anos de 2010 e 2011.

Vimos ainda que 50% concluíram o curso em universidade pública e 50% em instituições particulares e, dentre as que concluíram a graduação em instituições particulares, uma delas, constituindo 10% das pesquisadas, graduou-se em instituição de ensino semipresencial.

A forma de ingresso na Secretaria de Estado de Saúde, de acordo 100% das pesquisadas, se deu por meio de concurso público. Especificamente no espaço sócio-ocupacional dos CAIC, 80% das entrevistadas nele realizam seu trabalho profissional entre 1 a 4 anos; 20% delas encontram-se lotadas neste espaço há mais de 10 anos, sendo uma delas (10%) com 10 anos de serviço e 10% há 20 anos.

No que se refere às características relacionadas ao perfil acadêmico, 70% das entrevistadas possuem Especialização e 30% não possuem. Dentre as que possuem especialização, uma delas é Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas.

No intuito de apreendermos quais referências utilizam no trabalho profissional, perguntamos se haviam lido autores/obras em matéria específica de Serviço Social nos últimos dois anos, ou seja, entre os anos 2018 e 2020 (ano da pesquisa). As respostas mostram que 80%

afirmam ter realizado, enquanto 20% referem não ter feito leituras nessa direção, conforme respostas a seguir.

Quadro 21 – Leituras específicas de Serviço Social nos últimos 2 anos

Ass. sociais	Autores/obras		Categorias
Ass. Social 1	“LAÍS VILA - Fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do serviço social; Fundamentos de política social – Behring”		Aprimoramento intelectual
Ass. Social 2	“Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional - Ana Elizabeth Mota [et al - Serviço Social e Reforma Sanitária - Maria Inês Bravo; A saúde como direito e como serviço - Amélia Cohn et al; Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação - Myrian Veras Baptista”		
Ass. Social 3	“Yolanda Guerra”		
Ass. Social 4	“Coletânea CFESS – Direitos sociais e Competências Profissionais”		
Ass. Social 5	“Parâmetros para a atuação de Assistente Social na Saúde, Política Nacional da Atenção Básica, Linha guia materno-infantil, protocolo da Atenção Básica saúde da criança”		
Ass. Social 6	“Serviço Social na Contemporaneidade; Questão social na Amazônia”		
Ass. Social 7	“Autores variados”		Não souberam ou não conseguiram especificar
Ass. Social 8	“Não posso lembrar-me no momento”		
Ass. Social 9	Obs.: Não realizaram leituras no período		Pragmatismo
Ass. Social 10			

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Insta destacar que a apropriação de conhecimentos por meio da leitura de temas/assuntos pertinentes ao escopo da profissão permite mediações/passagens para o desvelamento das contradições próprias da conjuntura na qual são forjadas diferentes expressões das desigualdades sociais. Logo, manter uma postura de formação permanente impõe-se numa realidade na qual as políticas públicas encontram-se ameaçadas pelo crescente subfinanciamento e que agrava seu caráter seletivo e focalizado, produzindo reflexos ao trabalho do assistente social, pois a razão instrumental que permeia o contexto de atendimento das necessidades sociais requisita profissionais para trabalhar com foco na triagem/exclusão dos usuários, em detrimento de uma atuação voltada para a participação social na direção da construção dos direitos coletivos (GUERRA, 2002).

Dentre as 10 pesquisadas, 60% afirmam ter realizado leituras específicas de Serviço Social nos últimos 2 anos, 20% referem não ter realizado leituras nessa direção, e 20% afirmam

ter realizado leituras na direção do aprimoramento intelectual, porém, não souberam expressar o que leram.

O processo de aprimoramento intelectual contínuo é uma das mediações que possibilita compreender que a realidade se expressa como parte complexa da totalidade da vida social, o que permite o desvelamento das determinações da vivência concreta de situações que independem da vontade dos sujeitos, por serem resultado de processos econômicos, sociais, culturais e históricos que emergem num modo de produção excludente e portanto, gerador de condições de existência degradantes (PONTES, 2016).

Nesse sentido, os conhecimentos mobilizados no exercício profissional permitem a apreensão da singularidade das necessidades que comparecem no momento das orientações, encaminhamentos (sejam estes internos ou externos), num pedido de acesso a consultas e exame de forma rotineira, sem o que, segundo Vasconcelos (2015), o trabalho expressa-se em ações burocratizadas que muitas vezes não têm continuidade interna nem externa à unidade de saúde, pois, ao não aprimorar sua cultura profissional na direção dos objetivos profissionais e sociais que deseja almejar, os limites sempre prevalecem no discurso e na materialização de suas respostas profissionais. Dessa forma, impõe-se ao trabalho profissional o conhecimento da realidade social por meio do processo de constante aprimoramento intelectual, aliás, reconhecido pelo Código de Ética Profissional como um dos deveres do assistente social.

Partindo desse entendimento, perguntamos às assistentes sociais dos CAICs, por quais meios realizaram capacitação profissional nos últimos 2 anos.

Quadro 22 – Meios de realização da capacitação profissional nos últimos 2 anos

Meios de capacitação nos últimos 2 anos	%
Leituras sobre política social	80%
Seminários/congressos/encontros sobre a política de saúde	60%
Leituras sobre conjuntura política	50%
Participação em grupos de estudo	40%
Seminários/congressos/encontros da categoria	40%
Especialização	30%
Debates presenciais/virtuais	30%
Mestrado/Doutorado	10%
Site do CFESS	10%
“Outros”: leituras diversas de cunho social	10%
Curso Ética em movimento	0%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

O processo de aprimoramento intelectual/ formação permanente é desejável no contexto da atual dinâmica das mudanças societárias, que têm sido rápidas e plenas de conteúdos que

impactam as relações entre o Estado e a sociedade civil, alterando a relação capital x trabalho, visando ampliar as formas de expropriação dos trabalhadores por meio da sua flexibilização e precarização aceleradas, o que, por conseguinte, repercute na profissão, a qual tem nas políticas sociais uma das mediações pelas quais atende as demandas sociais. Logo, havendo retração das mesmas sem a contrapartida de resistências por parte das classes trabalhadoras, fragiliza constantemente a esfera pública enquanto espaço de satisfação das necessidades coletivas, não podendo, diante de tais circunstâncias, os assistentes sociais ficarem à margem da apreensão dos vários determinantes presentes nos seus objetos de atuação que podem ser lidos/desvelados à luz da dimensão teórico-metodológica.

Ao nosso ver, as capacitações são processos deliberados de aprendizagem voltados para o domínio de conhecimentos e de habilidades profissionais que considerem as características das demandas com as quais o profissional trabalha no interior das políticas e dos serviços sociais, no intuito de qualificar as respostas às necessidades dos usuários, o que enriquece, por consequência, a bagagem cultural do profissional que, modificando suas condições subjetivas para atingir suas intencionalidades, também estará atribuindo instrumentalidade ao seu trabalho. Nesse sentido, o documento intitulado “Parâmetros para Atuação do Assistente Social” (CFESS, 2009) aduz que:

A carga horária de trabalho deve assegurar tempo e condições para o(a) profissional responder com qualidade as demandas de seu trabalho, bem como reservar momentos para estudos e capacitação continuada no horário de trabalho, além de garantir apoio ao(a) profissional para participação em cursos de especialização, mestrado ou equivalentes, que visam a qualificação e aprimoramento profissional. [...]. Dessa forma, ações de educação permanente devem ser planejadas com base na identificação das necessidades dos(as) profissionais, e levando em consideração as características das demandas locais e regionais (p. 31).

Complementa o citado texto, publicado em forma de cartilha, que a ausência de espaços de reflexão dos referenciais teóricos e metodológicos que subsidiam o trabalho da equipe interdisciplinar, gera dificuldade na compreensão do papel e atribuições dos profissionais, tanto por parte dos gestores, quanto dos próprios trabalhadores, refletindo-se nos processos de organização e de planejamento das ações, sobre os quais teceremos a seguir algumas considerações.

3.2 Planejamento e organização do trabalho profissional: a intencionalidade do fazer profissional na atenção à saúde da criança e do adolescente

Avaliar e refletir acerca da intencionalidade do trabalho profissional supõe compreender se o trabalho está sendo projetado para provocar transformação frente às necessidades dos usuários ou se apenas movimenta a máquina estatal/privada para ofertar o mínimo e justificar perante aqueles a precariedade e escassez continuadas dos direitos sociais. Nesse sentido, evidencia o CFESS (2010) que:

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais (p. 43).

Atribuir intencionalidade conforme o projeto ético-político da profissão é um desafio no contexto de um trabalho que se expressa em meio a variadas expressões da questão social agudizadas e não atendidas por meio do Estado, um dos *locus* em que os assistentes sociais materializam suas ações profissionais. Por essa razão, o planejamento é uma das formas de expormos a intencionalidade do trabalho profissional, sendo o ato de planejar um ato ontológico ao homem, pois ao projetar idealmente uma ação, compreende que nem sempre a mesma irá concretizar-se conforme o imaginado, tendo em vista que a realidade é dinâmica e o planejamento expressa uma dimensão política, por ser permeado por decisões inscritas em relações de classe, de poder e de interesses antagônicos (BAPTISTA, 2007).

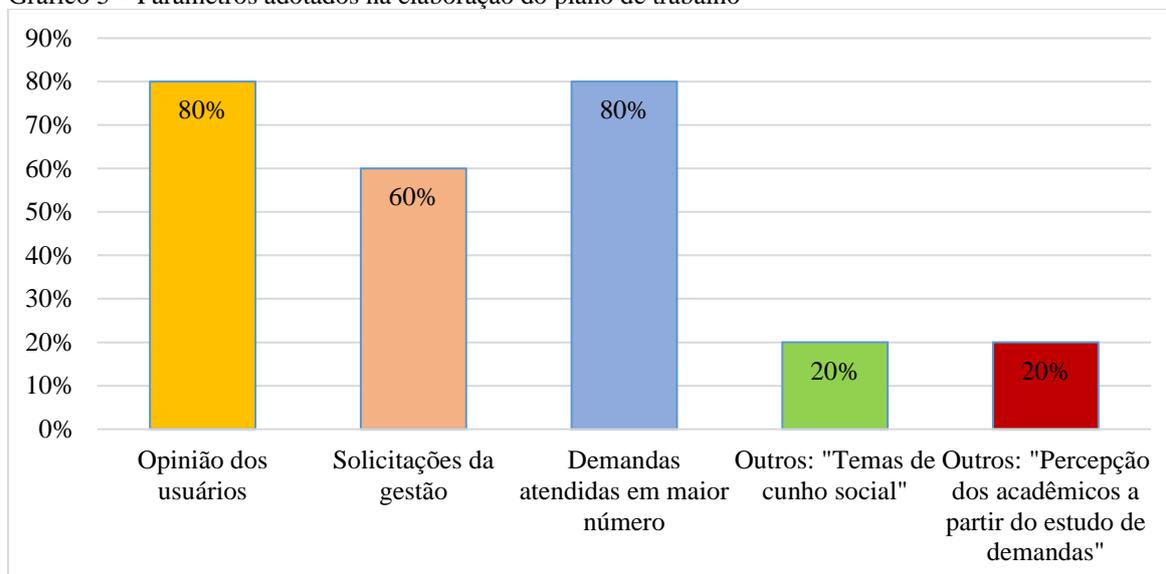
Dessa forma, o planejamento é entendido como um instrumento de trabalho e traduz a condição de poder expressar de forma concreta e escrita, preferencialmente, as respostas almejadas no exercício da atividade profissional. Nesse sentido, a construção das respostas profissionais é indissociável da prática do planejamento nas diferentes áreas de atuação (trabalho, saúde, educação, assistência à mulher, assistência ao idoso, assistência à criança), o que requer dos assistentes sociais conhecimentos acerca da instituição e do público-alvo, bem como, das demandas institucionais, a fim de traçar os objetivos do trabalho em consonância com o projeto ético-político e com os limites e possibilidades em cada espaço sócio-ocupacional, com a clareza de que:

Enquanto viger a ordem do capital, [...] toda a humanidade, assim como a totalidade das categorias profissionais de nível superior, é requisitada a colaborar com a

burguesia e a favorecer os interesses do capital, independentemente da consciência, das escolhas e do consentimento de cada um dos indivíduos/profissionais (VASCONCELOS, 2015, p. 477).

Conforme já explicitamos, o trabalho profissional é convocado a atender a uma requisição do capital para fazer frente às resistências da classe trabalhadora a partir do atendimento às suas necessidades de reprodução material e social, considerando a perspectiva do empregador sobre o seu trabalho. Dito isto, entendemos pertinente discutir as demandas que chegam aos profissionais de Serviço Social, o que estes afirmam considerar em suas propostas de ação e como de fato tais respostas se expressam frente às necessidades dos usuários. Dessa forma, perguntamos às assistentes sociais dos CAICs o que estas consideram no momento da elaboração de seus planos de ação, as quais responderam o que segue no quadro abaixo.

Gráfico 5 – Parâmetros adotados na elaboração do plano de trabalho



Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Partindo de qualquer agente profissional, o ato de planejar exige levantamentos e pesquisas sobre as diferentes expressões que comparecem no espaço sócio-ocupacional diante dos trabalhadores da saúde e que desafiam respostas profissionais do coletivo de trabalhadores. Daí por que, mesmo que planeje as respostas profissionais separadamente, não há como desconsiderar a equipe como um todo nesse processo.

Além disso, planejar igualmente exige conhecimento do papel histórico da instituição, dos seus programas, projetos, recursos e correlação de forças institucionais, o que inclui a dinâmica presente na atenção desenvolvida aos usuários pelo coletivo de trabalhadores perante suas demandas.

Dessa forma, quando 80% das respondentes afirmam considerar a “opinião dos usuários”, cabe a reflexão profissional de como se dá essa contribuição por meio da “opinião”, tendo em vista que a mesma evidencia-se no momento em que os usuários colocam-se diante dos assistentes sociais com suas demandas, ou seja, a partir de um atendimento direto ao usuário, momento em que são apreendidas suas necessidades, relatadas ou implícitas no diálogo com o profissional, enquanto necessidades concretamente vivenciadas no cotidiano de suas vidas.

Tais “opiniões”, uma vez coletadas no momento da entrevista social (forma predominante apontada para conhecer o perfil dos usuários), requerem uma sistematização qualificada dos dados que as evidenciem, assim como, seu adequado registro em documentos expressos a partir de tratamento qualitativo e quantitativo, possibilitando, portanto, considerá-las no contexto do planejamento do trabalho, qualificando as respostas profissionais.

As respostas expressam ainda que 60% dos pesquisados consideram as “demandas da gestão” no ato de conceber seus planos de trabalho. Compreendemos que demandas da gestão diferem de demandas institucionais, posto que aquelas podem caracterizar-se por requisições que podem ser destoantes tanto com os objetivos da instituição quanto dos objetivos profissionais, figurando, inclusive, como requisições fora das atribuições e competências profissionais, o que requer dos profissionais um processo de reflexão acerca de seu significado para o fortalecimento da utilidade social da profissão.

Em relação às demandas institucionais, estas referem-se às necessidades operacionais-institucionais da burocracia de atendimento a um dado grupo populacional ou de um determinado programa ou projeto, que impõe o cumprimento de objetivos técnico-operativos (PONTES, 2016). Nesse sentido, o desafio que se impõe ao trabalho profissional é planejar na perspectiva dialética, “[...] negando a pseudoconcreticidade dos fatos emergentes e reconstruindo histórica e teoricamente o campo de tensões oculto na lógica retilínea da demanda institucional” (PONTES, 2016, p. 184).

Entendemos ser importante o que os profissionais pesquisados consideram no momento da concepção de seus planos de trabalho (gráfico 5), entretanto, cabe destacar que o processo de planejamento no contexto de atuação em equipe multidisciplinar e que intencione desenvolver um trabalho na perspectiva atendimento interdisciplinar pressupõe que:

É no planejamento e execução da atividade profissional, apreendidos de forma indissociável, que os assistentes sociais/equipes se preparam para a atividade profissional e, ao mesmo tempo, revelam condições ético-políticas e teórico-metodológicas dadas até aquele momento e as necessárias (a serem forjadas) para antecipar o exercício profissional (VASCONCELOS, 2015, 490).

Conforme Raichelis (2009), inseridos em equipes com atuação na perspectiva interdisciplinar, surge para os assistentes sociais a exigência de mobilizarem a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de intervenção, partindo de objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas, porém, buscando colaborar a partir do conhecimento e saber desenvolvido e acumulado na sua área de conhecimento. Disso resulta também a preocupação para que as identidades e competências de cada profissão não se diluam no contexto das respostas, sendo sua preservação perfeitamente possível (IAMAMOTO, 2015) diante da atuação profissional em contexto coletivo de trabalho, exigindo, entretanto, maior explicitação das áreas disciplinares no sentido de convergirem para a consecução de projetos a serem assumidos coletivamente.

Nesse particular, vemos que a consideração do possível trabalho em equipe com a qual irá atuar, assim como do público ou demanda que irá atender e da clareza dos objetivos propostos, dos meios para alcançá-los, das condições subjetivas presentes e as que precisam ser forjadas para a materialização do planejamento, qualificaria ainda mais o planejamento das ações profissionais.

No contexto da pesquisa ora analisada, excetuando-se a resposta que admite considerar “as demandas atendidas em maior número”, com 80% das respondentes afirmando incluí-las no seu plano de atuação, as demais nos parecem desconsiderar no plano de intervenção o movimento da totalidade social determinante da configuração dos possíveis objetos sobre os quais pretendem intervir, pois não estão revelados em sua essência e reclamam o movimento complexo da razão para desvelá-lo a partir da compreensão “[...] das leis universais tendenciais no espaço institucional, com a conseqüente abstração das condições singulares que tipificam os problemas sociais que demandam ação profissionalizada” (PONTES, 2016, p. 185).

Conforme Pontes (2016), a compreensão da particularidade do espaço de intervenção do assistente social requisita a aproximação da singularidade do que está posto no imediato do fazer profissional às leis universais tendenciais, que, segundo o autor, condicionam e são condicionadas pelo ser social. Em outros termos, são determinações do ser social, tais como relações sociais de produção, relação capital-trabalho, relação Estado-sociedade civil, relações políticas de dominação de classe, que, determinam necessidades sociais, condições de trabalho, assim como os limites e as possibilidades de atuação profissional. Aprender tais determinações no contexto da totalidade social desoculta a imediaticidade presente no cotidiano do trabalho profissional, que, por consequência, qualifica o planejamento do trabalho profissional com

maiores possibilidades de respostas qualificadas às demandas socioprofissionais (PONTES, 2016).

Portanto, propor estratégias de ação na direção das reais necessidades da classe trabalhadora requer do profissional competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para pautar suas necessidades sociais no contexto da intervenção profissional e das políticas sociais. Nesse processo, o grau de visibilidade e de encaminhamento das necessidades sociais para atendimento pela ação estatal depende do maior ou menor poder de negociação, de representatividade, de reivindicação e de emancipação política expresso pelo assistente social no processo de planejamento do trabalho, o que demandará dele a capacidade para:

[...] inscrever e reconstruir as situações emergentes em um circuito maior no qual buscam as determinações que conformam a estrutura conjuntural da questão analisada. Para isso assume um posicionamento político que lhe permite romper com os paradigmas explicativos tradicionais e lhes possibilita tematizar as relações mais profundas da sociedade, no interior das quais os processos se desenrolam. Trata-se de entender o ser social em sua genericidade (na qual o político está presente) – o que se faz na relação particularidade/universalidade (BAPTISTA, 2007, 20).

Esse movimento de dar visibilidade às necessidades sociais, transformando-as em demandas a serem atendidas pelo Estado, tem no assistente social importante elo na construção de melhorias do atendimento prestado, em razão de que:

[...] a maioria dos assistentes sociais no Brasil, tendo como referência a Lei n. 8.662 (1993), desenvolvem ações que exigem e resultam da convivência com os trabalhadores/usuários, no cotidiano da vida social. Ou seja, é na execução de atividades e ações que envolvem diretamente os trabalhadores/usuários que a maioria dos assistentes sociais está envolvida (VASCONCELOS, 2015, p. 428).

Diante do exposto, entendemos que o trabalho profissional no contexto dos CAICs aponta para possibilidades de planejamento das ações a partir das dimensões político-organizativa, da investigação, do planejamento e da gestão. Em qualquer dessas dimensões, a teoria possibilita mediações para materializar o alcance de objetivos que expressam valores e escolhas do projeto ético-político da profissão: fomentar a autonomia dos sujeitos por meio do fortalecimento e criação de direitos, orientar aos usuários acerca dos seus direitos sociais e contribuir de maneira significativa para a mobilização e aglutinação de forças políticas em torno das pautas coletivas, tendo em vista que:

[...] enquanto no planejamento tradicional perdia-se a referência concreta ao sujeito – a população estava como “usuária”, “demandante”, “clientela”, mas nunca como ser histórico –, no planejamento agora proposto a população é personagem central do

processo. [...] o planejamento não é privilégio da força social dominante, representa uma tentativa de acumulação das forças políticas que constituem a sociedade (BAPTISTA, 2007, p. 21).

Diante da constatação de que na pesquisa ora analisada 80% dos profissionais referem considerar as “demandas em maior número” e que 60% consideram a “opinião dos usuários”, o momento da concepção dos seus planos de ação, em tese, coloca-os diante da necessidade de planejar com foco nas expressões da questão social e nas demandas delas originadas (quadro 20). Conforme pontuamos anteriormente, a interpretação da realidade das demandas e a configuração de respostas a partir das mesmas, requer, em muitos casos, o desvelamento de demandas substantivas, ou seja, aquelas que estão na raiz das necessidades sociais dos usuários, mas não se apresentam de forma explícita diante do coletivo de trabalhadores, o que exige uma capacidade teórico-analítica do profissional para desvelá-las e assim, responder às reais necessidades dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2003).

As demandas substantivas presentes nas requisições descritas no quadro 20 deste trabalho apontam para a necessária compreensão dos profissionais e dos usuários acerca da categoria intersectorialidade, bem como da relação desta com o princípio da integralidade do atendimento, pois este pressupõe considerar o sujeito na sua totalidade, logo, determinado por condições de vida e de trabalho que geram adoecimento ou saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Nesse sentido, cabe a reflexão acerca das demandas consideradas no bojo das ações profissionais para que os usuários não se sintam isolados em necessidades sociais e até mesmo aceitem ser culpabilizados por vivenciá-las.

Dessa forma, problematizar o que está sendo construído enquanto resposta profissional perante as requisições por parte dos usuários torna-se um imperativo, uma vez que a utilidade social da profissão é percebida na sua capacidade de promover modificações nas condições materiais e sociais da classe trabalhadora a partir da geração de autonomia nos sujeitos e do fomento de sua participação voltada para criação ou ampliação de direitos no contexto das políticas públicas.

Vimos ainda que 80% das profissionais pesquisadas informam ser demandadas para viabilizar atendimentos nos CAICs, o que pressupõe uma insuficiência da oferta dos serviços frente às demandas dos usuários, portanto, passível de ser problematizada coletivamente a partir de dados sobre tais demandas (faixa etária de idade, zona/local de procedência), seja perante os conselhos de direito, seja diante da gestão local ou do gestor responsável pela política de saúde.

Vale ressaltar que a consideração das “demandas em maior número”, dentre outras eleitas pelos pesquisados para planejar suas ações profissionais, requisita que se conheça tais

demandas e que haja coerência desse conhecimento com o planejamento proposto, evitando, dessa forma, que os próprios profissionais expressem em suas respostas ações estranhas ao que lhes é requisitado ou que tendenciem a responder com ações unicamente guiadas pelo viés das demandas institucionais, ou seja, em sentido contrário ao projeto ético-político da profissão, que requisita a escolha pelo projeto societário ligado aos interesses da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2015).

Entendemos que o planejamento precisa ser dinâmico, flexível e servir de instrumento que possa ser consultado e avaliado desde o processo de implantação, caso contrário, eventuais mudanças de percurso inviabilizariam por completo a continuidade das respostas profissionais. Nesse sentido, perguntamos às profissionais pesquisadas que afirmaram dispor de plano de trabalho, quem o elaborou e o ano de sua concepção, as quais responderam conforme quadro abaixo.

Quadro 23 – Responsáveis pela elaboração do plano de trabalho

Responsáveis pela elaboração	Nº de respondentes	%	Ano de concepção do plano de trabalho	Nº de respondentes	%
Elaboração individual	3	30%	2016	1	10%
A equipe de trabalho	2	20%	2000	1	10%
Elaborado com a contribuição dos acadêmicos de Serviço Social	1	10%	2019	2	20%
			Anualmente	1	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Percebemos nas respostas acima uma incoerência, pois 5 pesquisadas afirmaram dispor de plano de trabalho e o total de 6 discorrem sobre a forma de sua elaboração. Para além disto, vale destacar que o plano de trabalho do Serviço Social deve ser um documento coletivo (VASCONCELOS, 2015), entretanto, 3 das profissionais destacam tê-lo elaborado individualmente e uma profissional afirma tê-lo elaborado com a contribuição de acadêmicos de Serviço Social.

De tais respostas vale ainda destacar que, ainda que estes profissionais estejam atuando sozinhos frente ao Serviço Social da instituição, o coletivo de trabalhadores precisa ser considerado nesse processo, visto que as ações deste coletivo também incidem sobre expressões da questão social que se manifestam no espaço sócio-ocupacional. Portanto, o planejamento precisa constituir-se enquanto um momento coletivo, pois requer um processo de discussão interna do papel do/da assistente social no trato com as expressões da questão social, da análise

da política de saúde, das demandas explícitas, das implícitas, referenciadas, processo este prejudicado, caso não haja uma leitura da conjuntura e das questões institucionais que norteiem:

[...] prioridades a serem desenvolvidas num determinado período tomando como referência as condições objetivas em que o trabalho irá se desenvolver para que não venha o plano de trabalho, a ser uma proposta de sobre-trabalho, que como tal não será operacionalizado [...] (MATOS, 2013, p. 121).

Para Matos (2013), além do ato de planejar ser primordial para qualidade da intervenção profissional, a avaliação, da mesma forma, possui sua relevância. É o momento no qual a equipe realiza uma reflexão coletiva e o registro do alcance ou não dos objetivos propostos, das dificuldades na sua operacionalização, o que permite repensar meios e as estratégias na direção de respostas às demandas já acolhidas e atendidas pelo trabalho profissional, assim como apreender novas demandas apresentadas no cotidiano dos serviços e, dessa forma, proceder à sua revisão periódica, acompanhando-as, pois a realidade social é dinâmica e forja novas expressões da questão social que chegaram ao cotidiano dos serviços sob a forma de novas necessidades, as quais podem ser atendidas segundo projeto ético-político, ou seja:

[...] na oposição ético-política ao conservadorismo profissional ou na sua reprodução e a qualidade das decisões, das estratégias empreendidas e das oportunidades rejeitadas, não identificadas ou aproveitadas, que estão assentadas na experiência e na luta política – que pode potencializar o saber estratégico –, ou na falta delas (VASCONCELOS, 2015, p. 480).

Vemos que uma das profissionais mencionadas informa dispor de plano de trabalho elaborado no ano 2000, ou seja, há 21 anos; quatro dentre as pesquisadas possuem plano de trabalho com até 5 anos de sua concepção, sendo que uma das profissionais refere elaborar anualmente o plano de trabalho. Entendemos que um plano de trabalho longo e sem avaliações que permitam sua atualização e aprimoramento limita as possibilidades de serem repensadas as estratégias de ação e de consideração de novas demandas que contemplem as novas necessidades sociais refletidas à luz dos referenciais teórico-metodológicos e ético-políticos que embasem suas escolhas técnico-operativas capazes de promover mudança nas condições de vida dos usuários. Portanto, é necessária a revisão periódica do plano, inclusive, se for o caso, para flexibilizar as estratégias de ação, pois, conforme Miotto e Nogueira (2009):

O planejamento situa-se como um processo de compreensão da realidade e opções estratégicas, que tem tempo e espaços bem definidos, consubstanciados em ações bem encadeadas e tendo em vista determinados objetivos. Sua implementação deverá produzir uma alteração sensível no real, alterações que são incorporadas à nova

situação, o que dá a dinâmica e flexibilidade do processo. Todo plano necessita, por isso mesmo, de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento/controle/acompanhamento para permitir a avaliação (p. 290).

Nesse sentido, a instrumentalidade, sobre a qual discutiremos no tópico 3.3 deste trabalho traduz-se na capacidade de criarmos alternativas ao trabalho profissional, o que nos oportuniza redimensioná-lo alterando os meios e os recursos necessários à determinada intervenção profissional. Portanto, não é justificável a inexistência de um planejamento do trabalho em condições adversas ao seu desenvolvimento, a exemplo da pandemia da COVID-19 que, ao gerar restrições sanitárias como distanciamento social, requisita de todos os profissionais novas estratégias de atuação que revelem a importância do trabalho no contexto do serviço. Nesse sentido, referindo-se à ausência do plano de trabalho, uma das profissionais pesquisadas afirmou não tê-lo elaborado em 2020 na circunstância da pandemia:

Especificamente no ano de 2020, em razão da pandemia de Covid-19, não foi possível seguir um plano de trabalho. Pela necessidade do distanciamento das pessoas e até mesmo o fechamento dos CAICs por um certo período de tempo, foi preciso deixar o plano de lado e fazer o necessário pelos usuários, da melhor forma, quando possível (ASSISTENTE SOCIAL PARTICIPANTE DA PESQUISA DE CAMPO, 2021).

No processo de necessária revisão periódica do planejamento das ações profissionais, assim como da avaliação do seu alcance, a consulta aos registros do trabalho impõe-se, uma vez que possibilita análises dos meios, das estratégias e dos resultados, possibilitando as mudanças necessárias. Dito de outro modo, essa postura profissional aproxima o trabalho da realidade social, local onde são forjadas novas expressões da questão social que chegam ao cotidiano dos serviços sob a forma de novas necessidades dos usuários e que reclamaram respostas profissionais atualizadas. Estas, por sua vez, traduzem escolhas que podem expressar-se na oposição ético-política ao conservadorismo, na medida em que valores, princípios e referências revelam-se nos posicionamentos e nas intervenções profissionais quando a intencionalidade do trabalho profissional se encaminha para:

[...] definição de objetivos, metas, estratégias, ações necessárias e do seu desenvolvimento articulado ao compromisso com a classe trabalhadora. Ou seja, uma atividade mediada por aqueles princípios, aqui presentes como objetivos a partir de uma prática planejada e avaliada nas suas consequências (VASCONCELOS, 2015, p. 480).

O plano se expressa a partir de uma organização sistemática das ações técnico-profissionais, ético-políticas e teórico-metodológicas, pois, embora interventivo, o plano

expressa a leitura das singularidades presentes no cotidiano dos serviços, que, elevadas à universalidade por intermédio da mediação, desvela as expressões da questão social que demandam ações para o trabalho profissional. Em outros termos, o plano de trabalho requer conhecimentos teóricos e sócio-históricos obtidos pela via da investigação de dados, da situação da política de saúde, da caracterização dos usuários e de suas demandas, o que denota uma relação entre investigação e intervenção.

Nesse sentido, compreendemos que o ato de planejar deva considerar que o exercício profissional se desenvolve num contexto de interesses contraditórios e expressa valores, referências e princípios mediante posicionamentos e ações no cotidiano das respostas profissionais que se desenvolvem entre as necessidades da maioria e as requisições do capital. Diante desta evidência, torna-se relevante a clareza ético-política quando da criação de estratégias de intervenção profissional que conduzam respostas democráticas, críticas e criativas num contexto com limites, mas igualmente permeado por possibilidade de atuação profissional, o que faz do plano de trabalho um componente básico para o exercício da profissão, daí porque deve ser escrito para que sirva como fonte de consulta e sistematizações futuras do fazer profissional.

Vasconcelos (2015) destaca a importância da qualidade do registro e da sistematização dos dados produzidos no cotidiano profissional, os quais podem servir como instrumentos de análise para profissionais, pesquisadores e estudantes. Uma vez bem explicitados, funcionam como importante instrumento de formação graduada e permanente, pois o trabalho profissional fica passível de análise e, dessa forma, possibilita a revisão de estratégias de trabalho, visando o alcance de práticas mediadas por um projeto profissional, ao mesmo tempo em que oferece condições de análise teórico-crítica capaz de produzir conhecimento na área de Serviço Social. Nesse processo de sistematização do registro do trabalho profissional, complementa a autora que os instrumentos utilizados pelo Serviço Social, tais como diários de campo, gravações, entrevistas, são considerados parte de um “[...] processo de reconstrução empírica do objeto a ser analisado” (VASCONCELOS, 2015, p. 468).

De acordo com Vasconcelos (2015), o planejamento apresenta-se, como um dos principais componentes do trabalho do assistente social, uma vez que expressa como suas ações são projetadas, sendo um dos momentos em que o trabalho profissional exterioriza traços da formação acadêmica e capacitação permanente. Refere ainda que o planejamento estabelece parâmetros e diretrizes para a ação, se constituindo também, “[...] em um instrumento de luta, de negociação, de registro do trabalho realizado, tendo em vista sua análise e avaliação” (2015,

p. 491). Outro aspecto importante no planejamento do trabalho do assistente social é a dinâmica diária que imprime ao trabalho, entendida como:

O movimento interno adotado, incentivado, provocado, estimulado, democratizado pelo assistente social como coordenador/articulador de uma atividade – entrevista/reunião/visita domiciliar -, ou outra atividade analisada, responsável pelo estímulo, provocação, encorajamento e evolução transformadora do processo vivenciado pelos sujeitos envolvidos no processo: trabalhadores/usuários e assistente social/equipe (VASCONCELOS, 2015, p. 497).

Ante o exposto, é necessário haver por parte dos profissionais o entendimento das múltiplas determinações em torno dos objetos de intervenção de modo que, mesmo diante de uma demanda específica, haverá clareza de que se trata de um microcosmo social, sem, no entanto, reduzi-los a um caso particular e, conseqüentemente, deixando de atribuir visibilidade aos mesmos, o que dificulta uma possível ação governamental que os acolha enquanto demandas do Estado.

Vemos que planejar pressupõe o conhecimento da realidade, a escolha do interesse que se pretende defender (ainda que não tenhamos consciência disso), os objetivos que queremos alcançar e de que forma o trabalho irá se expressar (instrumentos) no ato de sua materialização enquanto respostas profissionais, ou seja, planejar com intencionalidades permeadas pelas dimensões constitutivas da profissão qualifica o alcance da intervenção profissional.

Construir respostas que passem pela escolha dos interesses da classe trabalhadora não significa o rompimento com a possibilidade de inserção profissional na divisão sociotécnica do trabalho pela via institucional, seja nas instâncias públicas, terceiro setor ou por meio de empresas, mas pressupõe, de acordo com Vasconcelos (2015), que o trabalho considere as condições objetivas do espaço sócio-ocupacional, o público-alvo dos serviços, os objetivos do trabalho, os limites de atuação para, assim traçar estratégias para o alcance dos objetivos profissionais em consonância com o Código de Ética Profissional e com os objetivos institucionais, o que requisita planejamento a partir de uma cultura profissional permeada por um processo de formação permanente que não descole a realidade do trabalho profissional das dimensões constitutivas da profissão.

Visando analisar como se expressa o planejamento do trabalho profissional no âmbito de atuação dos CAICs, perguntamos às profissionais de que forma expõem suas intenções profissionais, sendo que dentre as respostas há quem construa plano de trabalho, assim como, há profissionais que referem outras formas de planejar suas ações. Dentre as 10 respondentes,

50% afirmam dispor de plano de trabalho. Outros profissionais, conforme veremos adiante, expressam outras formas de planejá-las.

Quadro 24 – Propostas do Plano de trabalho das profissionais que dispõem de plano de trabalho

Ass. Sociais pesquisados	Eixos de atuação propostos junto aos CAICs	Atividades propostas nos planos de trabalho
Ass. Social 1	Atendimento direto aos usuários <ul style="list-style-type: none"> • Ações socioeducativas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de atividades diárias com os usuários, aproveitando a sala de espera (acolhimento, escuta qualificada, informações pertinentes); ✓ Realização de atividades mensais com os servidores, inerentes a educação permanente; ✓ Realização de atividades mensais com os usuários, aproveitando os meses temáticos em saúde (janeiro branco, fevereiro roxo, entre outros); ✓ Realização de atividades abordando temas atuais quando houver necessidade.
Ass. Social 2	Atendimento direto aos usuários <ul style="list-style-type: none"> • Ações socioeducativas 	Datas importantes de cunho social e saúde
Ass. Social 3	Atendimento direto aos usuários <ul style="list-style-type: none"> • Ações socioeducativas 	Palestras socioeducativas, comemoração de datas comemorativas importantes como: Janeiro Branco, Setembro Amarelo, Dezembro Vermelho etc.
Ass. Social 4	Atendimento direto aos usuários <ul style="list-style-type: none"> • Ações socioassistenciais 	Ofertar atendimento de qualidade e humanizado ao usuário, potencializar o usuário quanto aos seus direitos e deveres; promover a articulação entre gestor, trabalhadores e usuários.
Ass. Social 5	Atendimento direto aos usuários <ul style="list-style-type: none"> • Ações socioeducativas 	Sempre voltadas a palestras, orientações diversas, parcerias, atividades educativas.

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Pelo exposto no quadro acima, percebemos a predominância de respostas na dimensão do atendimento direto aos usuários, a qual desdobra-se nas ações socioassistenciais, socioeducativas e trabalho em equipe (CFESS (2020).

No caso dos planos acima mencionados, notamos que as ações propostas coincidem com o que vem sendo demandado institucionalmente, conforme visto no tópico 2.3 deste trabalho, ou seja, o desenvolvimento de um trabalho focado no eixo socioeducativo, e, ao que parece, permeado pelo suposto senso de eficiência que perpassa a lógica formal-abstrata por estar voltado aos protocolos dos atendimentos propostos, sem perceber que por vezes há o risco da cooptação permanente do profissional pelo que está estabelecido enquanto expectativa de atuação, ou seja:

[...] por uma forma de demanda que se dá na imediaticidade da aproximação institucional, que é a “*demandas institucional*”. Essa forma de demanda responde pelas formas assumidas pelo mando institucional vinculado a um determinado projeto político (Política Social), que enreda uma dada estrutura organizacional (PONTES, 2016, 184, grifos do autor).

Vemos nas respostas acima que as profissionais evidenciam as ações socioeducativas, através das quais expressam suas respostas profissionais, relegando os processos político-organizativos e de investigação, planejamento e gestão a possibilidades de atuação naquele espaço sócio-ocupacional, o que garante uma certa semelhança entre as demandas institucionais e as propostas profissionais expressas no plano de trabalho. Não pretendemos com tal afirmação desqualificar o sentido do trabalho socioeducativo realizado, inclusive muito importante no contexto da atuação profissional dos diferentes espaços sócio-ocupacionais, mas sim, suscitar um processo de reflexão coletiva dentre os trabalhadores desse espaço de atuação profissional, no sentido de revisitar a intencionalidade profissional que permeia o fazer profissional, tendo em vista que aquilo que realizamos enquanto resposta é o que reafirma a utilidade social da profissão.

Na direção da perspectiva institucional, as ações expressam o atendimento ao que já está posto ao trabalho, conforme explicitado nas respostas. Tal constatação não esvazia o potencial da intervenção profissional perante tais abordagens, no entanto, visando aperfeiçoá-la, há que existir, conforme Mito e Nogueira (2009), um processo contínuo de pensar racionalmente as ações, o que permite:

[...] formalizar relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação, entre as dimensões da integralidade e da intersetorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e/ou previstos (p. 287).

Dentre as propostas de intervenção profissional (quadro 25), apreendemos que na particularidade do trabalho junto aos CAICs há possibilidade real de relacionar os temas das ações socioeducativas às necessidades vivenciadas por parte dos usuários dos serviços, visto que muitos portam doenças crônicas, por exemplo. Dessa forma, explicitar quem são essas pessoas, que serviços de saúde têm à sua disposição e qual a perspectiva desse sujeito ser atendido em suas demandas no contexto de outras políticas, aproxima as ações socioeducativas das reais necessidades dos usuários. Em outros termos, apenas falar o que determinadas datas expressam no “calendário da saúde”, não problematiza questões como acesso e integralidade nessa nem em outras políticas, tampouco evidencia a importância da intersetorialidade, necessária para atender os sujeitos no contexto da totalidade social.

Reiteramos, diante do exposto, a possibilidade de uma releitura das demandas, evitando respondê-las unicamente pelo viés de aproximação com a instituição “[...] como se fossem os

objetivos do exercício profissional, desqualificando as mediações que precisam ser construídas nessa relação” (PORTES; PORTES, 2016, p. 63), ainda que propostas na direção dos atendimentos diretos aos usuários por meio de ações socioassistenciais e socioeducativas.

Diante do exposto, ao que parece, há uma certa dispersão dos temas abordados em relação às reais necessidades dos usuários, isso porque, as ações socioeducativas pressupõem um processo investigativo que possibilite a compreensão de “[...] seus problemas, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria forma de caminhar com a intenção de superar a situação de sofrimento que vem vivenciando” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 287).

Igualmente reiteramos a possibilidades de atuação profissional considerando a dimensão político-organizativa, em decorrência da ausência de propostas na sua direção. Tal dimensão do trabalho profissional desdobra-se em ações como mobilização, participação, controle social e assessoria, os quais uma vez articulados pelo assistente social numa ação que envolva outros segmentos que defendam o SUS, pode gerar, dentre outras coisas:

[...] estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária (CFESS, 2010).

Outra dimensão do trabalho profissional ainda timidamente discutida na realidade dos espaços sócio-ocupacionais diz respeito às ações de investigação, de planejamento e de gestão. Dessa forma, compreendemos serem passíveis de apropriação mais qualificada no contexto do trabalho profissional junto aos CAICs a partir da articulação e reflexão dos assistentes sociais que atuam nesse segmento da atenção à saúde, considerando as dimensões constitutivas da profissão – teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, as quais precisam expressar-se nas respostas profissionais.

Uma vez assumidas tais dimensões do trabalho profissional na particularidade do trabalho profissional perante os CAICs, enquanto possibilidades de atuação, traduziriam-se em ações a serviço da construção de uma cidadania estratégica e organizada em função das necessidades de saúde, as quais não se resumem unicamente à atenção médica, mas, diferentemente, requer respostas que considerem:

[...] fatores de ordem econômica, política e social que condicionam o direito de ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma

consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 282).

Com a discussão aqui trazida, intencionamos gerar um processo de reflexão naquilo que se constitui como foco da atuação profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, ou seja, as ações socioassistenciais e as ações socioeducativas. Externadas como sendo as mais recorrentes nas respostas profissionais das pesquisadas, trazemos à reflexão se as mesmas estão voltadas para atender às reais demandas dos usuários, assim como, evidenciamos a possível apreensão por parte das profissionais de novas possibilidades de intervenção através de outras dimensões do trabalho, conforme já destacamos.

Ainda na esteira de buscamos a compreensão das formas de planejamento profissional no âmbito dos CAICs, perguntamos às profissionais que afirmaram não possuir plano de trabalho se havia outra forma de projetar suas ações, as quais indicaram: Planejamento anual e multidisciplinar das atividades a serem desenvolvidas ao longo do ano, Elaboração de Procedimento Operacional (POP) e Planejamento de ações com equipe multidisciplinar.

Insta destacar que os instrumentos acima utilizados pelas profissionais também se configuram como formas de planejamento. O POP é vem sendo uma demanda institucional recorrente no serviço público, cujo objetivo é padronizar os procedimentos a serem observados por diferentes categorias profissionais no âmbito das instituições, inclusive nos estabelecimentos de saúde (AMAZONAS, 2001).

A crítica aos POPs é quando sua implementação é unicamente dirigida para o incremento no número de atividades/ações destinadas a um número cada vez mais reduzido de servidores, tornando-se um meio de intensificação do trabalho e aumentando, portanto, o trabalho não-pago e sua sobrecarga sobre os trabalhadores que o colocam em prática. Nesse sentido, um olhar crítico que proceda à sua revisão periódica envolvendo os profissionais que os executam, é de suma necessidade.

Vemos que o trabalho do assistente social é atravessado pela perspectiva de concretizar os princípios da universalidade do acesso e da equidade em relação aos direitos sociais, além da sua relevância na construção da integralidade em saúde, na medida em que intenciona a abordagem do indivíduo na sua totalidade, enquanto sujeito que resulta de um contexto social, econômico, histórico e político. Da mesma forma, ao atuar na organização de práticas de saúde nos diferentes níveis de complexidade, responde a um conjunto de necessidades de uma população e não apenas a um recorte de problemas que se colocam em posição de problemas pontuais no contexto de trabalho das instituições onde atua.

Planejar o trabalho profissional requer a consideração da interdisciplinaridade e a da intersetorialidade, pois o trabalho em saúde, conforme já explicitamos, expressa-se a partir de um coletivo de trabalhadores que se organizam nas instituições através de equipes multidisciplinares que, uma vez trabalhando na perspectiva de trabalho interdisciplinar, visam “[...] integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 279), cientes de que o espaço em que se desenvolve a política de saúde não dá conta sozinho de atender a diferentes necessidades que ali se manifestam em razão da totalidade social que envolve os sujeitos e que determina a forma como vivenciam diferentes demandas que se põem ao coletivo de trabalhadores.

Dessa forma, a intersetorialidade é uma categoria importante no trabalho em saúde, pois perpassa o cotidiano do trabalho profissional de qualquer espaço sócio-ocupacional, sendo uma categoria que perpassa as respostas às necessidades dos usuários.

O ato de planejar exige conhecimento teórico acerca da realidade sobre a qual se pretende intervir e a consideração de que o conteúdo político é inarredável ao ato de planejar, pois, conforme Baptista (2007), quando almeja alterações na realidade objetiva e subjetiva dos sujeitos, é construído na perspectiva da participação dos interessados nas mudanças que irá produzir no contexto de determinados problemas do cotidiano, da consideração das relações de poder que atravessam as instituições, bem como do coletivo de trabalhadores imbricados na sua execução. Especificamente nos planos de ação do assistente social, que tem como objeto de atuação as expressões da questão social, manifestam as contradições presentes no espaço sócio-ocupacional, considerando o perfil dos usuários/interessados e suas demandas no contexto da totalidade social que as envolve.

Dito isto, compreendemos que planejar é um processo de almejar o devir com olhos em mudanças sobre o que está posto hoje enquanto expressões da questão social, entendendo-as como circunscritas por uma conjuntura histórico-social que é dinâmica e mutável, portanto, permeada por determinações econômicas, políticas e culturais passíveis de alteração que se expressam na forma de necessidades coletivas no contexto dos serviços públicos, demandando respostas profissionais por meio das políticas sociais e de outras mediações que exigem a mobilização de competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, esta última, considerada a forma de aparecer da profissão, exprime escolhas políticas, instrumentos de trabalho e as habilidades em manuseá-los para que aqueles não se tornem vazios de objetivo e sem relação com os fins que o trabalho intenciona atingir.

3.3 A instrumentalidade do trabalho profissional: intencionalidade e ação

A dimensão técnico-operativa do Serviço Social constitui-se no conjunto de ações e procedimentos mobilizados pelo assistente social para o alcance das finalidades propostas em suas ações profissionais e possui estreita relação com as dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas que, juntas, “[...] compõem a intervenção profissional do assistente social e são atravessadas pelo conjunto de demandas sociais e respostas socioprofissionais” (RAMOS et. al., 2018, p. 24).

Mas, nem sempre foi essa a visão acerca da dimensão técnico-operativa no Serviço Social, tendo em vista a relação enviesada que os instrumentos e as técnicas assumem historicamente no bojo da profissão. Considerada eminentemente marcada por sua natureza interventiva, o “fazer” profissional ganhou destaque na produção intelectual relativa à profissão, sobejamente explicitada nos Seminários de Teorização do Serviço Social, nas décadas de 1960 e 1970 (RAMOS et. al., 2018).

Os autores acima referem ainda que as incursões teóricas do momento em comento, eivadas pelo cariz positivista, sobretudo pelas influências da sociologia norte-americana, teciam a preocupação com o uso de instrumentos e técnicas que ditassem procedimentos, de “como fazer”, sugerindo sua aplicabilidade na prática, o que resultou em uma visão reducionista e pragmática do fazer profissional.

Conforme Guerra (2005), esse processo não foi casual. O desenvolvimento das forças produtivas, impulsionado pela agudização das lutas de classe e pelo aperfeiçoamento das estruturas jurídico-políticas que permeiam a década de 1970, impõem à profissão a exigência de novas respostas e com isso a “modernização” das técnicas e instrumentos de atuação, razão pela qual, emerge a concepção de Serviço Social como “tecnologia”, expressa como um conjunto de técnicas fundamentadas nas ciências sociais e humanas e utilizadas na coordenação e ordenamento das políticas sociais a serviço da modernização da sociedade brasileira, aliada à estratégia de desenvolvimento econômico acelerado e propalado pelo discurso das classes dominantes.

A funcionalidade e a centralidade atribuídas à face interventiva da profissão, instrumentalizando-a em favor dos interesses do capital, exigiram a manutenção do seu conteúdo controlador e integrador, expresso em diferentes projetos da profissão, que, historicamente, reduzem o alcance da dimensão técnico-operativa ao uso de instrumentos e técnicas com fins em si mesmos, ora superestimando-os, ora subestimando-os frente às duas outras dimensões da profissão, a teórico-metodológica e a ético-política e até mesmo no interior

da própria dimensão técnico-operativa, a qual não se reduz ao uso de instrumentos e técnicas, de modo que:

No período tecnicista, com ênfase no manuseio dos instrumentos e técnicas e defesa de uma suposta neutralidade da profissão e profissionais; período teorista e politicista, quando o currículo de 1986 foi bastante criticado por ter subestimado o ensino dos instrumentais de intervenção e supervalorizado a dimensão teórica e política, sem fazer a mediação com a intervenção profissional (SANTOS, 2018).

Contrariando a visão que reduz o uso dos instrumentos e técnicas a um dos seus extremos (supervalorização do seu emprego como “tecnologia” ou negligenciamento dos mesmos), Guerra (2013) aponta para o fato de que, por ser uma profissão de natureza interventiva com um lugar reservado na divisão sociotécnica do trabalho, sua utilidade se expressa no tipo de resposta dada à sociedade. Essas respostas, segundo a autora, precisam expressar o entrelaçamento das três dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, da qual instrumentos e técnicas são parte integrante.

Ante o exposto, importa a compreensão de que instrumentos são os meios potencializadores do trabalho que devem ser aprimorados, de modo que se mantenham úteis para intervir sobre o objeto e aos objetivos do trabalho, enquanto a técnica traduz-se como habilidade no uso do instrumento para que o mesmo se torne mais utilizável possível (TRINDADE, 1999).

Com isso, mostra-se como uma exigência para o exercício profissional o aperfeiçoamento técnico-operativo, agora, sem reducionismos, mas atrelado às outras dimensões da profissão, pois são complementares entre si. E é essa compreensão contemporânea, possibilitada pela aproximação com a teoria social crítica, que atualmente nos desafia a refletir os instrumentos e técnicas sob o parâmetro analítico da tradição marxista (RAMOS et. al., 2018).

Nessa perspectiva, a dimensão técnico-operativa não se descola das demais dimensões, pressupondo a unidade teoria e prática, sendo nela que se revelam as escolhas éticas e políticas do trabalho profissional. A mesma expressa a operacionalização da ação, envolvendo os valores, o planejamento, os princípios, as finalidades, a habilidade no manuseio dos instrumentos e técnicas, o deciframento dos objetivos e das demandas, assim como, a escolha de táticas, estratégias para o alcance das finalidades profissionais que priorize respostas atreladas aos interesses das classes trabalhadoras, sendo meramente instrumental e funcional à ordem vigente desarticulada das demais, tendo em vista que:

A dimensão técnico-operativa contém: existência de objetivos; busca pela efetivação desses objetivos; existência de condições objetivas e subjetivas para a efetivação das finalidades. Requer conhecer os sujeitos da intervenção; as relações de poder, tanto horizontais quanto verticais; o perfil do usuário – a natureza das demandas; o modo de vida dos usuários; as estratégias de sobrevivência a análise e aprimoramento das condições subjetivas; conhecimentos das atribuições profissionais (SANTOS, 2013, p. 26).

Quanto às demais dimensões, para Guerra (2013), a teórico-metodológica possibilita ao profissional analisar e investigar os fenômenos ligados à sociabilidade do capital, bem como fornece a compreensão do significado social da profissão. A dimensão ético-política expressa as escolhas teóricas, os valores, os princípios relacionados à capacidade de avaliar alternativas, propostas e projetos para alcançar determinados objetivos.

É importante destacar que, muitas vezes, as instituições que operam as políticas e os serviços sociais apresentam instrumentos segundo o que pretendem demandar ao coletivo de trabalhadores, os quais precisam de várias mediações para se tornarem objetivos profissionais que atendam aos interesses dos usuários. Esse é um processo que diz respeito à autonomia profissional, cabendo a reflexão se a sua autonomia está possibilitando a escolha dos instrumentos e das técnicas que guardem a relação entre meios e fins (SANTOS, 2013), pois posicionar-se no processo de trabalho requer:

[...] construir meios de sua efetividade, isto é, posicionar-se e constituir instrumentos que permitam a realização das intenções projetadas. E para essa construção o exercício da crítica e da criatividade é imprescindível, o contrário, seria reforçar a negação de sujeito profissional (SARMENTO, 2013, p. 22).

Conforme o autor, as novas formas de gestão do trabalho impõem ao Serviço Social modalidades de racionalidades e de conhecimentos procedimentais que expressam concepções de mundo e objetivos prontos para serem operacionalizados pelos profissionais. Essas novas configurações “instrumentais” acompanham as políticas e programas, notadamente nas áreas da saúde e da assistencial social, podendo ser exemplificadas como: escuta ativa, acolhimento, escuta qualificada, pelo que Sarmento (2013) nos remete à reflexão ao indagar: “Por serem proposições aliadas às políticas governamentais e à política social, por meio de “normas operacionais básicas” são menos autoritárias e democráticas?” (p. 23).

Vale ressaltar que os instrumentos com os quais trabalham os assistentes sociais não lhes são exclusivos, visto serem meios de concretização de trabalho de outras profissões, guardadas as devidas especificidades. Entretanto, no Serviço Social, podemos dizer que se constituem em reuniões (com grupo, com a gestão, com usuários, com a comunidade), planos

de trabalho, linguagem, entrevistas, contatos externos, visitas domiciliares, dinâmicas de grupo, reuniões, visitas institucionais, dentre outros e destinam-se à concretização de ações profissionais, de acordo com as finalidades, princípios, objetivos e estratégias propostas nas respostas profissionais, sem prescindir do momento posterior à utilização dos mesmos, qual seja, a sistematização dos dados e das informações gerados na materialização dessa dimensão da profissão, a que denominamos técnico-operativa.

Nesse sentido, perguntamos às assistentes sociais quais instrumentos utilizam no cotidiano do trabalho profissional, obtivemos as respostas conforme quadro abaixo.

Quadro 25 – Meios utilizados para desenvolver o trabalho profissional

Meio utilizado	%
Entrevista	100%
Orientações individuais	100%
Contatos externos	100%
Palestras	90%
Discussões interdisciplinares sobre determinados problemas	70%
Reuniões com a equipe	60%
Reuniões com a gestão da unidade	60%
Plano de trabalho	60%
Estudo Social	50%
Visita domiciliar	30%
Trabalhos com grupos	30%
Projeto social	20%
Outros: Não realizamos visita domiciliar	10%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Conforme Sousa (2008), os instrumentos podem ser considerados como diretos e indiretos. Dentre os instrumentos citados pelas pesquisadas, percebemos a predominância dos instrumentos diretos que, segundo o autor, requerem um contato face a face com o usuário da política pública ou do serviço social, ou seja, o profissional o vê, com ele conversa, podendo analisar suas necessidades sociais, por intermédio dos mesmos: observação participante, palestras, entrevista individual ou grupal, dinâmica de grupo, mobilização da comunidade, visita domiciliar, visita institucional, dentre outros.

Os indiretos, complementa Sousa (2008), referem-se aos que são elaborados por meio da escrita após o contato direto com os usuários, por exemplo: ata de reunião, livro de registro, diário de campo, parecer social, relatório social, dentre outros. Estes, por sua vez, conforme já pontuamos anteriormente, possuem uma relação direta com a organização e com a sistematização do trabalho, capazes de gerar reflexões acadêmicas e profissionais, tendo em vista muitos dos espaços sócio-ocupacionais serem campos de estágio e que precisam ser

avaliados quanto à utilidade social da profissão diante das respostas que têm oferecido às necessidades sociais (GUERRA, 2014).

Para Sousa (2008), a entrevista é um instrumento mobilizado a partir de contato direto com um usuário ou na forma de entrevista grupal. Segundo o autor, é um instrumento que pode expressar uma relação profissional-usuário permeada por uma desigualdade de poder, uma vez que o papel do profissional é conferido pela instituição que o contrata e fala em nome desta no momento da entrevista, pondo-o numa condição “hierarquicamente superior”. Nesse instrumento, conforme Sousa (2008), assistente social e usuário possuem objetivos distintos e nem sempre conciliáveis, mas nem por isso prescinde de ser um espaço democrático, sem preconceitos e de respeito à diversidade em que o usuário possa externar suas necessidades, concepção de mundo e vontades. Nesse sentido, complementa Lavarotti (2016):

[...] a entrevista é um instrumento técnico-operativo que permite realizar uma escuta qualificada e estabelecer uma relação dialógica intencional com o usuário, através da qual se busca conhecer a realidade social, econômica, cultural e política onde este está inserido e que incide direta e indiretamente sobre as suas demandas (p. 82).

Dessa forma, a entrevista é um espaço em que se expressam contradições da relação indivíduo-sociedade, assim como, podem eventualmente manifestar contradições na relação profissional-usuário por meio de “[...] poder, autoritarismos, preconceitos, submissão, respeito, autonomia, participação, emancipação, etc.)” (LAVAROTTI, 2016, p.85).

As reuniões com a equipe, citadas por 60% dos pesquisados, são um instrumental técnico-operativo voltado para produzir reflexão e tomada de decisão sobre determinado tema/assunto (SOUSA, 2008). As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos – podem ser realizadas junto à população usuária, junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição. Traduz-se num espaço essencialmente político, pois a tomada de decisões nesse processo envolve diferentes interesses, o que requer competência teórica e política, demonstrando mais uma vez a necessária unidade na diversidade entre as dimensões (SANTOS, 2013) que constituem a profissão, além do fato de não haver neutralidade no agir profissional, ainda que se proceda a uma intervenção meramente pragmática e instrumental, os resultados traduzirão um ganho ao projeto societário que priorize a sociabilidade do capital (IAMAMOTO, 2008).

Vale ressaltar que não evidenciamos na fala das pesquisadas instrumentos como dinâmica de grupo, reunião com os usuários, visita institucional, mobilização da comunidade,

dentre outros. E fazemos a ressalva por entender que traduzem uma potencialidade de ser meios para a materialização de respostas profissionais.

Vemos que, a partir dos planos de trabalho, os profissionais explicitam várias ações projetadas para as quais referem os instrumentos a serem utilizados, dentre as quais, fica evidenciado que, para o alcance de várias finalidades postas no interior de ações socioeducativas, 90% das profissionais o fazem por meio de palestras direcionadas aos usuários. Por meio delas, expõem suas intencionalidades perante o coletivo de trabalhadores, usuários e empregadores e, assim como os demais instrumentos utilizados, podem traduzir a articulação das dimensões da profissão no processo de construção de respostas profissionais na direção das necessidades sociais ou ainda traduzir-se em ações realizadas a partir de demandas previamente constituídas pela política de atendimento, o que transparece em algumas respostas das pesquisadas, conforme evidenciamos em linhas anteriores.

Diante do exposto, reiteramos que tais ações socioeducativas não esvaziam o potencial da intervenção profissional perante tais abordagens, no entanto, visando aperfeiçoá-la, há que existir, conforme Miotto e Nogueira (2009), um processo contínuo de pensar racionalmente as ações a fim de perceber se os objetos dessas demandas têm sido problematizados a partir dos seus determinantes, tendo em vista fazerem alusão a necessidades de saúde que, conforme vimos, não têm tido a contrapartida proporcional à necessidade por atendimento, a exemplo do “Janeiro Branco”, data que promove a conscientização da promoção e proteção da saúde mental. Isso porque, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos últimos anos, as doenças mentais tiveram um aumento considerável, gerando grande preocupação entre os profissionais da saúde.

Na mesma direção, o “Fevereiro Roxo”, alusivo a algumas doenças crônicas, que vem sendo destacado dentre as datas do “calendário de saúde”, chama a atenção para a existência das pessoas nessa condição. A alusão a esses cenários de necessidades específicas de saúde precisa ater-se a observar se há ou não o cumprimento das diretrizes de cuidado das pessoas nessas condições, dentre as quais possíveis usuários que demandam serviços no contexto do espaço sócio-ocupacional dos CAICs.

Dessa forma, desocultar a contradição da política e entender as singularidades expressas pelos sujeitos a que se referem essas ações requer suspender a singularidade dos fatos por meio da universalidade (processo ontológico-reflexivo) que se dá num movimento de reflexão, operado por inúmeras mediações que possibilitam retornar ao cotidiano, ao singular e dele abstrair a particularidade daquela necessidade que comparece cotidianamente nos espaços sócio-ocupacionais. Particularizadas as expressões da questão, as respostas profissionais

qualificam-se por meio de estratégias e táticas de intervenção que sejam permeadas por valores e princípios que expressem escolhas éticas e políticas condizentes como o projeto ético-político da profissão e que persistam na reafirmação da justiça, da liberdade, da igualdade e da universalidade de acesso a um conjunto de políticas sociais.

O debate sobre a intencionalidade do trabalho profissional, as demandas dos usuários e da instituição, bem como as respostas profissionais, remete-nos necessariamente à instrumentalidade, imprescindível ao assistente social. Segundo Guerra (2016), a instrumentalidade é um processo sócio-histórico construído e reconstruído a partir da direção social adotada pelos profissionais e que permite interpretar como a profissão vem se posicionando teleologicamente a partir dos espaços sócio-ocupacionais de inserção e a que interesses tem correspondido historicamente.

Demonstra a citada autora que a profissão vem restringindo o debate e o exercício de sua instrumentalidade a um conjunto de modelos de “como fazer,” de intervenção de diagnósticos, desprovida de análise crítico-dialética das intencionalidades que norteiam seu agir profissional, historicamente vinculado ao bloco hegemônico de poder, sendo a profissão concebida como uma “[...] tecnologia de controle social a serviço da lógica capitalista e do desenvolvimento da sociedade burguesa, o que lhe garante vínculos estreitos com o projeto burguês” (GUERRA, 2016, p. 299).

Segundo Matos (2015) e Guerra (2016), para seguir na discussão referente à continuidade do movimento de intenção de ruptura do Serviço Social com o conservadorismo é fundamental a compreensão da utilidade da profissão a partir da reflexão acerca da instrumentalidade. Nessa direção, suscitam a reflexão sobre a instrumentalização da profissão ao projeto burguês por meio da racionalidade formal-abstrata¹⁹, sem deixar de apontar, contudo, as alternativas à referida funcionalização por meio da razão crítico-dialética e emancipatória.

Analisando as racionalidades requisitadas pelo projeto burguês, Guerra (2016) pontua alguns aspectos importantes em torno dos quais pode se vincular a intencionalidade do trabalho profissional, dentre os quais: a) o da instrumentalidade a serviço do projeto reformista da burguesia a partir de políticas sociais que não alteram os mecanismos geradores de desigualdades sociais, sendo a profissão um meio de reproduzir as relações capitalistas de produção e o da instrumentalidade das respostas profissionais – referente ao aspecto instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas das classes, aspecto este que permite o reconhecimento social da profissão, pois é por meio dele que o Serviço Social

¹⁹ Subordina-se ao alcance dos resultados imediatos e é funcional às estruturas, sem se preocupar com os meios empregados tampouco com a legitimidade dos fins (GUERRA, 2000).

pode responder às necessidades sociais advindas da contraditória relação entre capital e trabalho.

Conforme Guerra (2016), ambas racionalidades acima descritas são permeadas pela razão formal-abstrata, portanto, instrumentais e manipulatórias. Nesse sentido, no que se refere à instrumentalidade das respostas profissionais frente às demandas das classes, estas expressam-se no cotidiano, considerado o local em que a instrumentalidade da profissão é acionada seja para atender aos interesses das classes fundamentais, priorizando a classe trabalhadora, desde que haja a clareza do projeto societário ao qual o projeto ético-político da profissão está alinhado.

Conforme a autora, a partir da aproximação do aporte da teoria social crítica, é que o Serviço Social, num acerto de contas teórico-metodológico, atribui a utilidade social da profissão à sua capacidade de responder às demandas das classes trabalhadoras, entendendo que:

[...] falar de instrumentalidade é mencionar a relação entre meios e fins carregados de intencionalidade, a qual nada concede à suposta neutralidade profissional. Tal posição não é aleatória nem somente subjetiva, mas uma escolha de um sujeito historicamente situado que analisa a realidade a partir das condições causais nas quais ele se encontra. E decide, escolhe, se posiciona e se compromete (GUERRA, 2016, p. 301).

Imprimir legitimidade social para a profissão requer o inarredável conhecimento da realidade brasileira e das particularidades dos espaços sócio-ocupacionais, pois, é no cotidiano que aparecem a dor, a fome, a doença, o abandono, o deslocamento forçado, dentre outras expressões da questão social, sob a forma de fragmentos de necessidades sociais que igualmente têm respostas fragmentadas em razão da setorialidade das políticas sociais (NETTO, 2001).

Nesse cotidiano, aos profissionais, é requisitado, a um só tempo, respostas profissionais às classes fundamentais, contexto este capaz de limitar o potencial crítico-reflexivo dos mesmos em perceber as determinações e a conjuntura geradoras da exclusão social (GUERRA, 2014).

É em meio a esse contexto de contradições, que emerge a necessidade de reconstrução dos objetos de atuação por intermédio das mediações que permitam entendê-los como parte de uma complexa realidade – sendo eles próprios considerados complexos – que os profissionais imprimem instrumentalidade ao seu trabalho, sendo a mesma condição de reconhecimento da profissão a partir das respostas qualificadas e institucionalizadas construídas nos espaços sócio-ocupacionais (GUERRA, 2014).

E como será que a instrumentalidade é compreendida pelos profissionais dos CAIC? Nessa direção, perguntamos às assistentes sociais pesquisadas o que elas entendem por instrumentalidade. As repostas são as que seguem.

Quadro 26 – Entendimento de instrumentalidade no Serviço Social

Ass. sociais	Respostas
Ass. Social 1	“A instrumentalidade para além dos instrumentos, como a ficha social (entre outros), perpassa o saber fazer profissional no cotidiano, diz respeito à forma como o assistente social se utiliza desses instrumentos na realização de seu trabalho”.
Ass. Social 2	Capacidade de ação
Ass. Social 3	“Todo e qualquer instrumento a ser utilizado para a efetivação do atendimento, pesquisa e orientações relacionados à demanda atendida”.
Ass. Social 4	São ferramentas que colaboram no trabalho diário do Assistente Social
Ass. Social 5	“Entendo instrumentalidade a partir do conceito de Yolanda Guerra, a qual se refere a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva na profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico, ou seja, propriedade ou um determinado modo de ser que a profissão adquire no interior das relações sociais, no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional, diferenciando-se dos instrumentos e técnicas”.
Ass. Social 6	“Conjunto de técnicas e de instrumentos para o fazer profissional”
Ass. Social 7	“São técnicas, instrumentos e habilidades utilizadas para apreensão da realidade social do sujeito capaz de identificar a melhor proposta de intervenção dessa realidade”.
Ass. Social 8	“A linguagem, o conhecimento técnico, metodológico e instrumental, as leis, os instrumentos de coletas de informações, e outros”
Ass. Social 9	“A instrumentalidade no serviço social envolve um arcabouço teórico-metodológico e ético - político, que norteia a forma de ler, compreender a realidade social, institucional, os sujeitos envolvidos, adoção de instrumentais e técnicas”.
Ass. Social 10	Metodologias e instrumentos de trabalho

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

Observando as falas acima, percebemos que 7 entre 10 profissionais pesquisadas fazem referência aos instrumentos e técnicas para explicar a instrumentalidade do Serviço Social. Mas notamos também que 3 profissionais os situam no interior da categoria instrumentalidade sem reduzir o fazer profissional aos mesmos e sim, tratando-os enquanto elementos que compõem a dimensão técnico-operativa.

Uma das pesquisadas faz uma referência ao instrumento linguagem, que, segundo Iamamoto (2015), é o principal instrumento de trabalho do assistente social, o que denota reconhecimento de uma condição subjetiva do profissional no conjunto da sua instrumentalidade, sem considerá-lo estranho ou mero “operador” nesse processo de dar visibilidade ao modo de aparecer da profissão que se constitui no interior de relações sociais e de poder, expressando repostas profissionais às necessidades dos usuários.

Vale destacar que para continuar sendo reconhecida socialmente, a profissão precisa se sintonizar com os novos tempos, apreender as novas configurações das expressões da questão social, aprimorar as competências que já estão explicitadas nas dimensões da profissão e, seguindo o conselho de Iamamoto (2015), avançar para adquirir competência na dimensão

investigativa junto aos espaços sócio-ocupacionais, num movimento de aproximação da realidade na qual as singularidades aparecem e desafiam o coletivo de trabalhadores a decifrá-las e a respondê-las.

Desse modo, a instrumentalidade se evidencia no trabalho concreto e explicita intencionalidades e a racionalidade a que se submete o trabalho profissional, ainda que não tenhamos consciência disso. Dessa forma, é importante termos a noção de que conhecimentos as profissionais podem se apropriar-se para apoiá-las na condução de um trabalho mediado pela razão crítico-dialética e conectado com as demandas atuais e possíveis de serem apreendidas no contexto dos espaços sócio-ocupacionais, entendendo que manter uma postura de permanente capacitação possibilita as mediações necessárias à interpretação das manifestações da questão social. Partindo desse entendimento, perguntamos às pesquisadas que conhecimentos mobilizam para realizar o trabalho profissional no contexto dos CAICs.

Quadro 27 – Conhecimentos/ferramentas que o profissional utiliza para realizar o trabalho no CAIC

Conhecimentos mobilizados no cotidiano do exercício profissional	%
Conhecimento da realidade social dos usuários	90%
Conhecimento de outras políticas sociais	90%
Parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde	80%
Ética profissional	80%
Conhecimento da política de saúde voltada para o segmento infantil	80%
Fundamentos teórico-metodológicos	70%
Conhecimentos oriundos da experiência profissional acumulada	60%
Pesquisa social	50%
Análise institucional	50%
Gestão e planejamento social	30%
Outros	-

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

Segundo Guerra (2000), a dimensão teórico-metodológica baseia-se nos saberes das ciências humanas e sociais (sociologia, psicologia, administração, ciência política etc.), das quais a profissão abstrai os conhecimentos e os particulariza na compreensão do seu objeto de intervenção. Ao mesmo tempo, o Serviço Social produz conhecimentos através de pesquisas sobre as expressões da questão social e sobre a intervenção em seus espaços sócio-ocupacionais visando discutir a intervenção profissional no contexto da totalidade social.

Conforme ressalta Guerra (2014), a alternativa a esse cotidiano emergencial, que conduz à padronização do trabalho sem reflexão sobre a essência dos fenômenos que se apresentam no contexto dos serviços em que atuam os assistentes sociais, passa pela apreensão das mediações objetivas e subjetivas tais como valores éticos, morais e civilizatórios, princípios e referências teóricas, práticas e políticas, que, uma vez trazidas para realidade da intervenção profissional,

conferem maior qualidade às respostas profissionais perante as necessidades sociais expressas pelos usuários, razão pela qual:

Consideramos que é a dimensão teórico-metodológica pautada no conhecimento crítico, a que nos permite reconhecer os princípios, os fundamentos da ordem burguesa e as programáticas de ação utilizadas pelo grande capital, suas necessidades sociais, as quais, por meio de um conjunto de mediações, convertem-se em requisições a prática profissional (p. 101).

O cotidiano, segundo a razão crítico-dialética, é o lugar em que os profissionais reinterpretam seus objetos de trabalho, sendo o conhecimento teórico metodológico uma das mediações necessárias no processo de desocultação dos mesmos, uma vez o conhecimento precede, acompanha a intervenção profissional e direciona suas intencionalidades para modificar um conjunto de necessidades sociais forjadas em uma realidade que é dinâmica, mutável, capaz de sempre criar novas necessidades sociais que desafiam igualmente novas estratégias para respondê-las.

Dessa forma, conforme Vasconcelos (2015), para responder às demandas postas à profissão, a teoria assume relevância na condução das análises para além da imediaticidade do trabalho profissional, configurando-se enquanto guia para a interpretação da realidade social, o que pode fomentar respostas profissionais além do imediatismo das necessidades postas e vislumbrar a luta política pelo alcance do atendimento às necessidades sociais através do Estado, motivo pelo qual perguntamos aos pesquisados que referências utilizam para analisar as demandas profissionais.

Quadro 28 – Referências utilizadas pelos profissionais para analisar as demandas profissionais

Referências	%
Código de Ética do assistente social	80%
Lei de Regulamentação da Profissão	80%
Livros sobre o trabalho do assistente social na saúde	50%
Manual interno do CAIC sobre atribuições do assistente social	40%
Parâmetros da Atuação do Serviço Social na Saúde	10%
Nenhuma das anteriores	-
Outros	-

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

Nesse item específico de análise das demandas, é salutar observar que os pesquisados pautam suas ações no conhecimento das legislações e normativas que resguardam o exercício profissional, no entanto, quando falamos em instrumentalidade do trabalho, essa categoria pressupõe que o processo de formação deve ser um processo mais amplo no sentido de contemplar a leitura da realidade a contínuo, o que requisita também leituras sobre a conjuntura,

sobre as transformações do mundo do trabalho e seus reflexos no exercício da profissão, sobre a redução do alcance das políticas sociais, dentre outros.

A instrumentalidade, proposta enquanto espaço de mediações, exterioriza no campo da intervenção profissional saberes que contemplam as dimensões constitutivas da profissão forjadas no espaço de formação profissional. Porém, segundo Vasconcelos (2015), “[...] grande parte das unidades de ensino não alcança forjar sequer o assistente social tradicional, nem o assistente social com perfil intelectual requerido pelo próprio projeto profissional” (p. 440), aduzindo que a formação de qualidade do assistente social é fundamental para suprir as lacunas que impedem a aproximação do fazer profissional às reais necessidades da classe trabalhadora.

Nesse sentido, a instrumentalidade caracteriza-se como um conduto de passagem da racionalidade instrumental/formal-abstrata para a razão crítico-dialética, a qual interpreta os processos sociais como parte de uma totalidade, sendo eles mesmos por ela considerados totalidades complexas que se manifestam a partir de múltiplas determinações. Por isso, para Guerra (2005), a razão dialética incorpora a contradição, o movimento que constitui a formação dos fenômenos que se revelam na aparência, despidos de determinações e que reclama a razão crítico-dialética para o seu desvelamento.

A ausência de mediações conduz a um processo de naturalização das relações sociais e de incapacidade de abstrair da realidade social suas múltiplas determinações e de entender os sujeitos na sua totalidade social. Dessa forma, abstraídos de uma leitura da realidade, os profissionais, por conseguinte, desenvolvem respostas que tendentes a:

[...] perceber as situações sociais como problemáticas individuais, por exemplo: o caso individual, a situação existencial problematizada, as problemáticas de ordem moral e ou pessoal, as patologias individuais, etc.” (GUERRA, 2000, p. 59).

A título de contribuição, gostaríamos de suscitar uma reflexão, tendo em vista que 80% das respondentes da pesquisa referem mobilizar o documento intitulado “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” para realizar seu trabalho. Entretanto, quando perguntadas sobre quais referências utilizavam para pensar as demandas ao trabalho profissional, apenas 10% afirmaram fazê-lo por meio do documento citado, o que em nossa leitura se configura num paradoxo, pois, ao que sabemos, não se trata de um documento para mera consulta, pois carrega o potencial de suscitar o redirecionamento das ações profissionais para atender as reais necessidades dos usuários diante de possíveis debates sobre a atuação profissional nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Nesse sentido, o referido documento constitui-se em uma mediação nesse processo, pois porta a possibilidade de mover a própria

instrumentalidade ao promover modificações nas condições objetivas e subjetivas para o alcance de intencionalidades frente às demandas sociais (GUERRA, 2002).

Diante do fato de que 50% dos profissionais afirmam fazer leituras sobre o trabalho do assistente social e apenas 10% referenciam a análise das demandas no documento intitulado “Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, identifica-se a possibilidade e a necessidade de maior apreensão da dimensão teórico-metodológica por parte dos profissionais deste espaço sócio-ocupacional.

Cabe ainda destacar que embora o documento aludido não tenha força normativa de vincular o trabalho profissional ao conteúdo nele expresso a partir de profundas discussões coletivas, o mesmo orienta os profissionais a organizarem o trabalho com foco nos reais interesses dos usuários, de modo que, negociando e pautando seus projetos com a gestão dos espaços onde atuam e demais forças que conformam as condições objetivas do espaço sócio-ocupacional, removam do seu cotidiano profissional tarefas rotineiras e burocráticas que não guardam relação alguma com os objetivos profissionais nem com os interesses dos destinatários dos serviços.

Com isso, não queremos afirmar ser menos importante conhecer o conteúdo das leis, da rede socioassistencial, dos fluxos e dos protocolos institucionalizados na malha que organiza os serviços sociais, porém, torna-se relevante o saber mais geral sobre a conjuntura atual de retração das políticas sociais, atualmente geridas sob a égide do Estado gerencial (SALVADOR, 2020), sobretudo em razão do progressivo processo desmobilizador das resistências da classe trabalhadora.

Nessa direção, as leituras específicas situam a profissão em meio às contradições da realidade social que desaguam em condições de vida e de trabalho cada vez mais despidas de direitos, em razão da progressiva flexibilização das relações de trabalho, dos trabalhos precários, *part times*, por hora, dentre outros (ANTUNES, 2009), passando a exigir, portanto:

O conhecimento das condições sócio-históricas, das finalidades profissionais, dos possíveis resultados, das condições objetivas sobre as quais a ação incide, dos meios e das possibilidades de realização. Portanto, o conhecimento tanto precede quanto acompanha a intervenção. Mais ainda, ele advém de uma reflexão da realidade. Assim, a teoria nem se constitui em receituário da prática, tampouco a prática pode se confundir com a realidade ou com atividades empíricas (GUERRA, 2014, p. 103).

Desprovido dessa capacidade crítico-analítica a nortear a instrumentalidade do trabalho profissional, terão suas propostas profissionais facilmente interdidas no embate de interesses contraditórios em que irá atuar, ou seja, desafiado a desenvolver um trabalho profissional que

intencione expressar ações que alterem o cotidiano profissional e das classes sociais, o profissional coloca-se diante de condições objetivas (despossuído dos meios de trabalho, assalariado e sujeito às ordens do empregador, relações desiguais de poder), que o impele a ter que reagir com preparo técnico-político, tendo em vista que:

[...] a força de trabalho de assistentes sociais transformada em mercadoria só pode entrar em ação através dos meios e instrumentos de trabalho que, não sendo propriedade desses/as trabalhadores/as, devem ser colocados à disposição pelos empregadores institucionais públicos ou privados: infraestrutura humana, material e financeira para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços, benefícios e um conjunto de outros requisitos necessários à execução direta de serviços sociais para amplos segmentos da classe trabalhadora ou para o desenvolvimento de funções em nível de gestão e gerenciamento institucional (RAICHELIS, 2020, p. 16).

É em meio a essa conjuntura de limites e de possibilidades que o assistente social se insere na divisão sociotécnica do trabalho como mercadoria que pode ser instrumentalizada pelo capital para servir a outros fins. Daí a importância de estar fortalecido subjetivamente no campo dos conhecimentos, dos valores das escolhas políticas, ética e teóricas, evitando posturas fatalistas e destoantes do projeto ético-político da profissão.

Ao contrário, ao mobilizarem sua bagagem cultural, os profissionais expressam seus conhecimentos sobre a realidade, sobre o objeto, sobre as dimensões constitutivas da profissão, conferindo inteligibilidade à totalidade social que envolve o conjunto de necessidades sociais que se expressam no cotidiano do trabalho profissional e assim atribuem instrumentalidade ao trabalho profissional, na medida em que atuam para modificar condições e instrumentos para o alcance de suas intencionalidades. (GUERRA, 2002).

É oportuno destacar que, conforme deixamos explicitado no tópico 2.3 deste trabalho, 60% dos pesquisados consideram a “falta de cursos e capacitação” como dificuldades que se impõem à materialização do trabalho profissional, entretanto, em questão referente a que leituras específicas de Serviço Social realizaram nos dois últimos anos, 20% deles expressaram não ter realizado leituras específicas de Serviço Social nesse período, o que nos remete a pensar que há, dentre os pesquisados, possivelmente, agentes profissionais que expressam o trabalho profissional de forma pragmática, que não desvela o conteúdo coletivo de necessidades sociais que se expressam fragmentadas em diferentes atendimentos no contexto dos serviços, isso por que “[...] a teoria não se atém à interpretação do real, mas capta as possibilidades de sua transformação” (GUERRA, 2014, p.102).

Pensar a instrumentalidade como categoria constitutiva do Serviço Social nos remete a pensar nos indicativos teórico-práticos da intervenção, compostos pelos instrumentos teóricos,

políticos e técnicos, vinculando-os à intencionalidade das ações profissionais, ou seja, aos objetivos e valores profissionais articulados com o projeto ético-político da profissão. Tais indicativos apontam para a instrumentalidade do exercício profissional do assistente social e expressam o modo de aparecer da profissão, adquirido em meio às relações sociais a partir de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a qual se dá no confronto entre as condições objetivas e subjetivas do exercício profissional.

Permeada pela postura teleológica, a instrumentalidade direciona a escolha dos instrumentos a serem usados, uma vez que são os meios pelos quais se concretiza o fazer profissional, figurando, portanto, o elo entre conhecimento e ação, razão pela qual perguntamos às pesquisadas quais ações realizam no cotidiano do trabalho nos CAICs, as quais responderam conforme quadro abaixo.

Quadro 29 – Ações realizadas na rotina de trabalho

Ações realizadas	%
Encaminhamento para a rede socioassistencial	100%
Viabilizar acesso aos serviços de saúde	90%
Informações (esclarecimentos gerais a todos os usuários)	90%
Atividade socioeducativa sobre acesso as unidades e aos serviços de saúde	90%
Democratização das informações sobre formas de controle social: Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde, movimentos, associações	70%
Orientação junto aos familiares sobre a necessidade de adesão correta ao tratamento da DM1, para que a saúde da criança e do adolescente não seja colocada em risco.	10%
Outros	-

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

Questionadas se consideravam suficientes suas ações para responder as expressões da questão social, 100% afirmam não as considerar suficientes, a exemplo de algumas justificativas, a saber:

Quadro 30 – Justificativas quanto à insuficiência das ações para responder à questão social

Justificativas	Categorias
“As demandas sociais cujo problema é de caráter socioeconômico precisam de uma articulação da rede da assistência social, que a meu ver é bastante fragilizada e fragmentada”.	Intersetorialidade
“Vai além, pois lidamos com o desemprego, a miséria, falta de acesso à serviços de saúde. É uma questão muito ampla e complexa”.	Múltiplas determinações das expressões da questão social
“Porque essas ações muitas vezes não se materializam na prática, no real. O que orientamos fica muito no mundo das ideias, das leis”.	Dicotomia teoria x prática
“Necessidade de aprofundar e sistematizar as ações de democratização das informações, apropriação dos espaços de mobilização social para afirmação e ampliação de direitos”.	Falta de mobilização da dimensão político-organizativa
“Não depende apenas dos profissionais para que a necessidade/ demanda do usuário seja efetivada, as políticas públicas ainda são insuficientes para garantia dos direitos sociais”.	Insuficiência dos serviços frente as demandas

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha), grifos nossos

Analisando o conteúdo das ações profissionais, entendemos que a instrumentalidade do Serviço Social é permeada por uma natureza contraditória, pois “[...] tanto conserva e reproduz aspectos do modo de ser capitalista, quanto os nega e os supera [...]” (GUERRA, 2005, p.159), o que fica explícito quando 70% dos profissionais afirmam democratizar informações sobre formas de controle social. Embora não expressem em suas ações que mobilizam os usuários a participarem das diferentes instâncias de controle social, as ações socioeducativas que expressam em seus planos de trabalho (tópico 2.3) denotam a negação e o desejo de superação da ordem vigente, portanto, é possível expressar escolhas éticas e políticas por meio dos instrumentais, sem reduzi-los a um fim em si mesmos, pois ainda que as demandas sejam postas no contexto de um trabalho institucionalizado, isso não pressupõe a direta cooptação pela razão formal-abstrata, na qual:

[...] se aspira ao alcance dos fins, mas não se impõe, na mesma medida, em nível imediato, uma reflexão ético-política sobre os meios utilizados para isso. Sobre os meios utilizados para isso. A desconsideração da relação entre meios e fins (em como responder e com que meios, mais, ainda, a ruptura entre meios e fins (não importam os meios, desde que se alcancem os fins), resultam numa prática focal, pontual, imediatista, instrumental (GUERRA, 2014, p. 83)

Embora ausentes das respostas profissionais ações que denotem que os profissionais mobilizam os usuários ou que apontem que elas próprias participem de diferentes espaços de controle social na direção da melhoria ou criação de direitos, uma das respondentes sinaliza para a potencialidade dessa ação dentre as respostas que a profissão pode oferecer rumo à resistência ao desmonte dos direitos sociais, na perspectiva de que é possível “[...] uma intervenção social profissional que reatualize as suas funções sociais e utilidade social na realidade de hoje, na ótica de um projeto societário adverso ao neoliberalismo” (SERRA, 2008, p. 178).

As falas acima denotam diversas categorias de análise, sobre as quais ao longo deste trabalho viemos tecendo considerações à medida que se expressaram em diferentes momentos da pesquisa, mas, dentre elas, gostaríamos de aqui evidenciar a dicotomia teoria x prática presente no discurso de uma parte dos profissionais em geral (SANTOS, 2016), e que na pesquisa em comento ficou expressa ou subentendida a partir de algumas falas, a exemplo de quando profissionais afirmam em suas respostas não refletir seu trabalho a partir de leituras específicas de Serviço Social nos últimos 2 anos, e que, por conseguinte, declaram não fazê-lo em relação às demandas sociais, assim como na ótica de um dos pesquisados, quando se posiciona sobre a insuficiência de suas ações para responder as expressões da questão social:

“Porque essas ações muitas vezes não se materializam na prática, no real. O que orientamos fica muito no mundo das ideias, das leis” (Pesquisa de campo, 2021), denotando que:

[...] o agir independentemente dos fundamentos teórico-metodológicos e dos princípios ético-políticos que estão subjacentes a essas ações constitui o comportamento instrumental”. (GUERRA, 2014, p. 83).

Dada a importância de se manter a teoria social crítica como fundamento para a reflexão da vida social e do trabalho profissional, o que falte, talvez, é compreender sua interface com a realidade, sem a expectativa de que na teoria estão todas as respostas prontas para se “encaixarem” em situações cotidianas do exercício profissional, pois sabemos que seus determinantes são variados e complexos, no entanto as singularidades podem ser compreendidas a partir dessa matriz de análise da realidade social.

Dessa forma, percebemos dentre as profissionais pesquisadas, posturas corriqueiras no interior da profissão de um modo geral, que reafirmam o chavão “na prática a teoria é outra” e que Guerra (2005) nos remete a refletir o que as determina no trabalho profissional ao afirmar que essa dicotomia vem se expressando ao longo da profissão em decorrência do modo particular de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a qual, desde sua institucionalização, é instada a trabalhar na fase terminal das políticas públicas em detrimento da sua concepção e elaboração, o que revela uma cisão entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Aduz ainda a autora outra causa de determinação dessa dicotomia como sendo decorrente da reiterada necessidade de “modernização” profissional “[...] imposta pelos processos econômicos e políticos (partidários, sindicais, institucionais) que engendram as inovações tecnológicas, enfim, de elementos exógenos ao Serviço Social” (p. 175). Traz igualmente à discussão o fato de que a profissão se impregnou pelo quadro de referência do positivismo, mas que isso, ao seu ver, se revela enquanto uma determinação secundária, pois este também é determinado por um processo mais amplo – o modo de produção capitalista – que, ao engendrar o paradigma da racionalidade formal-abstrata:

[...] possibilita o assistente social responder às necessidades instrumentais da ação profissional, ao nível do conhecimento empírico. [...] Ao se limitar a fornecer a razão de ser das coisas, a racionalidade subjacente as vertentes positivistas subsume a intervenção profissional do assistente social a operações lógico-formais (p. 175).

As atuais e rápidas mudanças societárias têm impactado as relações entre o Estado e a sociedade civil e intensificado as desigualdades provenientes da relação capital x trabalho,

gerando repercussões no mundo do trabalho. Num cenário de crescente flexibilização e de precarização do trabalho, ocorre a concomitante retração das políticas sociais sem a contrapartida de resistências por parte das classes trabalhadoras. Essa conjuntura altera as requisições profissionais não de maneira direta, mas a partir da capacidade do profissional de (re) ler seus objetos de atuação visando a formulação de respostas atualizadas frente às novas necessidades sociais e as já existentes que se agudizam, sobretudo na atual circunstância de situação de emergência sanitária em decorrência da pandemia da COVID-19, momento em que muitas outras necessidades deixam de ser atendidas em razão das necessárias medidas de contingenciamento social.

No entanto, o Estado deixar de atender às necessidades sociais por completo alegando essa razão, embora grave e justificável, é negar a possibilidade de alteração das estratégias de um planejamento, contrariando o que vimos em Baptista (2007), para quem este é um instrumento que, pela condição de ter que ser avaliado no processo e para além dele, permite flexibilizações e novas estratégias de ação. Na direção do mesmo entendimento, encontram-se as respostas profissionais, premidas na atualidade em ter que (re) situar-se diante das novas expressões da questão social, que, por várias mediações, transformam-se em novas demandas profissionais e nessa intenção é fundamental compreender que a relação entre teoria e prática não pressupõe o enquadramento de uma à outra, perspectiva esta meramente positivista. Ao contrário, conforme leciona Santos (2015):

Teoria é a apreensão das determinações que constituem o objeto; prática é o processo de constituição desse concreto; [...] a prática é constitutiva e constituinte das determinações do objeto, gera produtos que constituem o mundo real, não se confunde, portanto, com a teoria, mas pode ser o espaço de sua elaboração (p. 27).

Diante do exposto, compreendemos que há uma compreensão equivocada por parte da categoria profissional quando pressupõem que a teoria deveria se realizar na prática profissional, isso porque o papel da teoria é permitir aos sujeitos o conhecimento dos objetos já existentes como produtos da prática, presentes no concreto. O que a teoria propicia é a interpretação e o conhecimento dos elementos que compõem as determinações dos objetos possibilitando, dessa forma, realizar um esforço técnico-operativo para modificá-los, pois teoria e ação se complementam numa relação de unidade na diversidade em que a teoria se põe enquanto um instrumento de análise do real e que conduz ao repensar de práticas a fim de modificar os objetos das ações profissionais (SANTOS, 2015).

Diante de tantos desafios, o trabalho segue tendo que expressar sua instrumentalidade e na intenção de explicitá-la no espaço sócio-ocupacional das pesquisadas, perguntamos às mesmas para quais instituições ou políticas encaminha os usuários ou realiza contatos. As respostas seguem abaixo.

Quadro 31 – Instituições ou políticas para as quais encaminha usuários ou realiza contatos

Instituições ou políticas encaminha usuários ou realiza contatos	%
Conselho Tutelar e outras redes de proteção a crianças e adolescentes	100%
Assistência Social por meio dos CRAS e CREAS	100%
Assistência jurídica por meio da Defensoria e do Ministério Público	70%
Saúde	60%
Ouvidoria do SUS	40%
Educação	30%

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

Analisando as respostas acima, reiteramos o entendimento do potencial desenvolvimento do trabalho na dimensão político-organizativa, assim como a maior explicitação do controle social por meio das ações socioeducativas, ações estas, segundo as pesquisadas, frequentes no contexto dos CAICs e que encontram forte respaldo desde a consolidação do status de política pública atribuído à Seguridade Social, tendo em vista que:

[...] a implantação dos conselhos gestores dessas políticas, viabilizadores da prática cidadã na esfera do controle social, abriu novo espaço de intervenção para os assistentes sociais brasileiros nas instancias local, estadual e nacional” (BATTINI, 2014, p. 133).

Conforme Guerra (2014), entre a intenção e a concretização das respostas profissionais situam-se os instrumentos e técnicas a serem mobilizados para tornar possível a consecução do trabalho proposto. Assim, longe de ser um mero meio para se obter finalidades, instrumentos e técnicas são parte da dimensão técnico-operativa da profissão, a qual evidencia o seu modo de ser da profissão. Para se expressar em consonância com o projeto ético-político, esse modo de ser precisa atrelar-se às outras dimensões constitutivas do Serviço Social, quais sejam, teórico-metodológica e ético-política (RAMOS et. al., 2018), o que equivale a dizer que, quando mobilizados, instrumentos e técnicas não encerram um fim em si mesmos, ao contrário, devem ser escolhidos de acordo com os objetivos do trabalho. Intencionando suscitar tal reflexão, perguntamos às assistentes sociais o que justificava a escolha dos instrumentos e técnicas no trabalho profissional.

Quadro 32 – Justificativas para escolha dos meios de trabalho

Justificativas da escolha	%
Auxiliam a dar respostas às necessidades dos usuários	90%
São escolhidos de acordo com o objetivo da intervenção	80%
Fruto do planejamento profissional	70%
Cumprimento de requisições institucionais	60%
Exigências diárias de produção	40%
Outros	-

Fonte: PINTO, 2021. Pesquisa de campo (Questão de múltipla escolha)

A escolha dos meios requisita o conhecimento prévio das determinações que permeiam a realidade posta. Requer igualmente refletir entre alternativas a fim de acionar a mais viável para a concretização das respostas profissionais. Nesse processo, a apreensão da realidade por meio do conhecimento teórico é fundamental para que haja uma conexão entre os instrumentos utilizados e as necessidades que se manifestam por meio das várias expressões da questão social.

Dessa forma, a escolha dos instrumentos e técnicas justifica-se pela leitura da realidade em sua totalidade, das demandas implícitas e explícitas dos usuários, do conjunto de condições objetivas e subjetivas, além do que, é preciso avaliar se o profissional dispõe de habilidade suficiente para o “manuseio” do instrumento escolhido, não sendo uma decisão isolada das outras dimensões constitutivas da profissão, as quais suscitam análises da realidade, da qual os profissionais retiram seus objetos de intervenção, pressupondo que:

[...] é necessário examinar as questões institucionais, as correlações de forças, as relações entre profissionais, a dinâmica do contexto institucional, as demandas que são colocadas, os objetivos institucionais, as particularidades dos heterogêneos espaços sócio-ocupacionais (RAMOS et. al., 2018, p. 40).

Pelo exposto, a análise do “chão”, da realidade em que se desenvolve o trabalho profissional é parte dos conhecimentos necessários para que se formulem táticas e estratégias que aparecerão na dimensão técnico-operativa imprimindo instrumentalidade ao trabalho do assistente social (MATOS, 2013).

Nesse sentido, compreendemos que não há neutralidade no trabalho profissional, mesmo que sob a justificativa de ter que concretizar-se partir das demandas prévias, postas pela instituição e pelo conjunto das políticas e dos serviços sociais, pois ainda assim expressa escolhas teóricas, posições éticas e políticas.

Nesse processo, as respostas nunca estarão prontas, dado o multifacetado universo de necessidades sociais, sobre as quais se busca construir um conhecimento para então intervir no sentido de alterar condições concretas até então estabelecidas. Não há fórmulas nem modelos

de intervenção. Há possibilidades de atuação que consideram a articulação das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas (SANTOS, 2013), de modo que expressem a instrumentalidade dos assistentes sociais permeada por respostas profissionais que consideram as demandas, as forças políticas, as relações de poder, as rede socioassistencial, as políticas sociais, elementos que aparecem no modo de responder e de ser do assistente social e que expressam sua cultura profissional acumulada, reafirmando perante as classes fundamentais a utilidade social da profissão.

A depender do projeto de profissão e societário encampado pelos diferentes atores da arena do SUS, bandeiras como os movimentos das lutas sociais por direitos individuais e coletivos, o protagonismo dos usuários na sua luta pelos seus direitos são evidenciados ou invisibilizados no cotidiano das práticas profissionais, inclusive do assistente social. Nesse sentido, o profissional de Serviço Social, mesmo que enganosamente se considere neutro no desenvolvimento de sua intervenção profissional, sua instrumentalidade sempre expressará um projeto societário e suas ações evidenciarão escolhas, seja em prol do reconhecimento dos sujeitos de direitos e fortalecimento do seu protagonismo no âmbito de sua ampliação, seja fortalecendo a desigualdade no acesso e o não-acesso, ainda que não tenha plena consciência disso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho se deu em meio aos desafios impostos pela pandemia da COVID-19, os quais refletiram na pesquisa de campo junto às assistentes sociais com a impossibilidade de deslocamento para os locais de pesquisa a fim de acessar dados físicos que expressassem a materialização do trabalho profissional, o que, contudo, não inviabilizou a concretização do estudo.

Ao longo do trabalho evidenciamos o Serviço Social enquanto uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, que se legitima a partir das respostas que constrói perante as demandas das classes fundamentais. Requisitada pela classe detentora do poder político e econômico, produz respostas para atender o outro polo, os trabalhadores, na direção da viabilização de suas necessidades sociais e materiais, ao mesmo tempo, contraditoriamente contribui para conter o avanço das suas resistências (IAMAMOTO, 2015).

No decorrer da pesquisa vimos que o trabalho profissional não se legitima por si só. Depende do reconhecimento de sua utilidade social pelas classes fundamentais. O direcionamento ético-político da profissão orienta os profissionais para a construção de um trabalho que atente para as reais necessidades dos usuários, muito embora, para isso sejam necessárias muitas outras mediações, tais como: valores ligados ao projeto societário que defenda os interesses da classe trabalhadora, conhecimentos sobre a realidade social, sobre as condições de vida e de trabalho dos usuários, sobre as contradições da política social em que atuam os assistentes sociais, conhecimento e mobilização para ocupar os espaços de poder democrático, meios de trabalho, trabalho em equipe, dentre outras. Estas mediações, conforme vimos, expressam-se a partir da relação profissional com as dimensões constitutivas da profissão, sem as quais o trabalho profissional tende a revelar-se tecnicista e pragmático.

Visando apreender as diferentes expressões da questão social que desafiam o trabalho dos assistentes sociais dos CAICs, a pesquisa nos revela, dentre outras, as seguintes expressões da questão social: a violência contra crianças e adolescente e dificuldade de acesso aos serviços de saúde expressa por 100% das pesquisadas; violação de direitos de crianças e adolescentes e demanda por atendimento psicossocial de crianças e adolescentes com transtornos mentais, afirmadas como expressões da questão social por 80% e 70% das pesquisadas, respectivamente; desemprego, trabalho precário e informal, dentre outras que compõem ao trabalho profissional cotidianamente, desafiando suas respostas profissionais.

Constatamos com a pesquisa que os objetos sobre os quais os profissionais irão atuar não estão dados na sua essência. Pelo contrário, compõem na singularidade de fatos

rotineiros e repetitivos e, caso não sejam desvelados pela capacidade do profissional de suspendê-los do cotidiano, do imediato e do aspecto fragmentado de que se revestem as necessidades sociais, as respostas profissionais tendem a ser igualmente dadas no nível da imediatividade e da fragmentariedade, pois serão planejadas a partir de uma leitura superficial da realidade, dela não sendo abstraídas as demandas substantivas dos usuários (VASCONCELOS, 2003), gerando uma compreensão que analisa os fatos isolados de um conjunto de determinações responsável por expropriar os sujeitos do acesso a bens e direitos coletivos.

Quanto às demandas apreendidas pelos profissionais, a pesquisa revela que aquelas postas pela instituição têm sido definidoras de seus planos de ação e, conseqüentemente, de suas respostas profissionais, entretanto, vemos igualmente reais possibilidades do trabalho extrapolar sua maior expressão, que é o atendimento direto ao usuário (atendimento socioassistencial e socioeducativo) para a dimensão político-organizativa, até mesmo pelo fato de ser um campo de atuação profissional que ainda carece de apropriação por parte dos assistentes sociais, considerando que podem ser indutores da mobilização dos usuários para que participem dos espaços de controle social das políticas e serviços sociais com os quais trabalham.

Essa possibilidade de reorganização do trabalho profissional tem conexão com o planejamento e com a avaliação do mesmo, a qual deve se dar antes, durante e depois de sua realização. Na pesquisa em análise, 50% das pesquisadas informam planejar suas ações por meio do instrumento Plano de Trabalho. As demais profissionais afirmam outras formas de planejamento de suas ações profissionais, tais como, planejamento anual e multiprofissional e os Planos Operacionais Padrão (POPs), este último bastante demandado no interior do serviço público, inclusive na área da saúde. (AMAZONAS, 2001)

Sendo um trabalho que se materializa no contexto de projetos societários antagônicos e de diferentes projetos profissionais (até mesmo no interior da própria categoria de assistentes sociais), o mesmo requer o conhecimento sobre o perfil dos usuários, das expressões da questão social, das demandas, das condições de trabalho do profissional, das suas limitações e da necessária formação continuada, dado o fato de que a realidade social é dinâmica, histórica e mutável, fatores estes que devem subsidiar o planejamento de suas ações diante das necessidades sociais. Nesse sentido, vimos que no campo do planejamento, o trabalho carece de maior conexão com as requisições postas pelos usuários e com as possibilidades de construção e reconstrução de objetos a partir das expressões da questão social pontuadas pelas assistentes sociais pesquisadas como sendo as que desafiam o trabalho profissional.

Portanto, novas demandas podem ser incorporadas ao contexto do planejamento diante do fato de que sua relativa autonomia lhe confere a possibilidade de negociar seus projetos com a instituição, expondo suas atribuições e competências profissionais atreladas aos objetos de atuação que comparecem no contexto institucional e que podem ser apropriados pelo trabalho profissional na direção das necessidades dos usuários.

No campo da instrumentalidade, mesmo que omitido ou negado por seus agentes, no trabalho subjazem teorias, valores, visões de mundo e projetos de poder, que nem sempre estão claros para quem os movimenta por meio de suas ações. Daí ser de suma importância conhecer o que fazemos, qual “o negócio do Serviço Social” e ter a clareza quanto a qual projeto societário o projeto ético-político propõe a direção do trabalho profissional.

Na contemporaneidade da profissão é inarredável a necessidade de se ter a nitidez de que o referencial de análise da conjuntura que envolve a profissão e a realidade social é a teoria social crítica, a qual possibilita a compreensão da totalidade da vida social, compreendendo-a como sendo determinada por vários complexos que não se mostram nos atendimentos emergenciais nem nos encaminhamentos rotineiros e diários e que desocultá-la requer uma leitura crítica a partir das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

No processo de configuração do trabalho profissional, vimos que o clamor pelo atendimento das necessidades do cotidiano é capaz de suprimir a possibilidade dos profissionais de realizarem reflexões sobre a aparência dos fatos, buscando questões universais e leis tendenciais (PONTES, 2016), que revelem a essência dos objetos que desafiam respostas profissionais. Essas leis tendenciais, ao retornarem à singularidade das respostas diárias realizadas por variados meios possíveis – encaminhamentos, escutas qualificadas, orientações etc., tornam compreensível que as diferentes expressões das desigualdades sociais que se repetem no cotidiano dos atendimentos não são naturais porque várias pessoas as vivenciam e são atendidas no âmbito de políticas setoriais, ainda que não seja a ideal.

Vimos na pesquisa que 70% das profissionais reduz a instrumentalidade profissional ao uso de instrumentos e técnicas, razão pela qual pontuamos que a escolha dos instrumentos e técnicas, considerada parte da dimensão técnico-operativa da profissão, ao ser realizada, expressa o modo de ser da profissão, ou seja, trata-se do que lhe dá visibilidade. Nesse sentido, discutimos o lugar dos instrumentos no interior da dimensão mencionada, referindo que não podem ter um fim em si mesmos, pois devem guardar conexão com o que se pretendem modificar nos objetos sobre os quais irão incidir.

Tal escolha justifica-se pela leitura da realidade em sua totalidade, das demandas implícitas e explícitas dos usuários, do conjunto de condições objetivas e subjetivas, além do

que, é preciso avaliar se o profissional dispõe de habilidade suficiente para o “manuseio” do instrumento escolhido, não sendo, portanto, uma decisão isolada das outras dimensões constitutivas da profissão, as quais suscitam análises da realidade, que é complexa, dinâmica e, portanto, mutável, da qual os profissionais retiram seus objetos de intervenção.

Diante dessas colocações, percebemos ser imprescindível o conhecimento prévio das determinações que permeiam a realidade posta e a reflexão sobre o meio mais viável para a concretização das respostas profissionais. Nesse processo, a apreensão da realidade por meio do conhecimento teórico é fundamental para que haja uma conexão, conforme afirmamos, entre os instrumentos utilizados e as necessidades que se manifestam nas várias expressões da questão social. Portanto, a escolha destes não se dá de forma isolada das demais dimensões da profissão, pois são consideradas unidade na diversidade. (SANTOS, 2013).

Diante do exposto, reafirmamos que a instrumentalidade do trabalho profissional não se resume aos instrumentos e técnicas, os quais são elementos que compõem a dimensão técnico-operativa. Segundo Guerra (2005), é a capacidade e a propriedade que a profissão demonstra historicamente de oferecer respostas profissionais aos desafios que lhes são postos. Estas respostas variam ao longo das décadas pelo fato de se efetivarem mediante uma série de determinações que, via de regra, requisitam as profissões para serem instrumentais à manutenção do poder da classe dominante.

Isto posto, a instrumentalidade expressa a forma de ser da profissão, a forma como os instrumentos e técnicas são mobilizados no exercício profissional em conjunto com as dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas, expressando a cultura profissional, traços de sua formação, o conhecimento das políticas e das demandas que desafiam respostas profissionais, mas também evidencia estratégias e táticas utilizadas para o alcance das finalidades e, sobretudo, o projeto societário a que se vincula e que polo favorece com o resultado do trabalho profissional.

A partir de tudo que foi exposto, constatamos que embora tenhamos tido avanços na política de saúde pelo fato de, no escopo da seguridade social ter sido a única que expressa, ao mesmo formalmente, ser direito de todos e dever do Estado, ainda apresenta significativos desafios em razão do hiato entre o que garante e o que efetivamente concretiza no campo dos direitos, o que nos leva a considerar que o projeto da Reforma Sanitária segue em construção e que a saúde do segmento geracional de crianças e adolescentes, nem mesmo com o Estatuto da Criança e do Adolescente que lhes assegura atendimento prioritário, tem sido suficiente para alterar o cenário de desatenção a que estão submetidos em suas necessidades de saúde.

É ao que nos remete os depoimentos das profissionais pesquisadas quando expressam, de forma unânime, que há insuficiência ou falta de serviços de saúde de modo geral, insuficiência de atenção no campo da saúde mental, problemas no tocante à intersectorialidade, dentre outros, evidenciando que o trabalho profissional se coloca em condições objetivas particulares ao espaço sócio-ocupacional e conjunturais que suprimem a possibilidade de captar as reais necessidades dos usuários, muitas vezes atendidas no contexto de “linhas de atenção” já delineadas pela instituição.

Outro resultado colhido é o fato de que o planejamento carece de maior qualificação, no sentido de exigir maior conexão entre as ações propostas e as expressões da questão social (de onde podem ser captadas demandas) e as requisições postas pelos usuários. A dicotomia teoria x prática encontra-se presente em parte dos profissionais, o que repercute na instrumentalidade do trabalho profissional e evidencia a qualidade da formação profissional e o compromisso com o aprimoramento intelectual, considerado como um dever profissional pelo Código de Ética Profissional. A pesquisa também nos revela a necessidade de os profissionais repensarem a instrumentalidade do trabalho profissional, a qual vem sendo reduzida ao uso de instrumentos e técnicas, pela maioria das pesquisadas.

Enfim, como todo processo de conhecimento, essa dissertação apresenta uma totalização provisória, sendo passível de novas leituras, novas interpretações. É um material que pode servir a novos estudos sobre o trabalho profissional na política de saúde. Foi um trabalho escrito sob determinadas condições pessoais da pesquisadora e conjunturais, em razão de ter sido atravessada pela pandemia da COVID-19, por isso, tem suas limitações, mas, nem por isso, deixa de apresentar resultados importantes sobre o trabalho profissional na atenção à saúde de crianças e adolescentes e lançar muitas pistas, que podem ser ponto de partida para outras produções científicas.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas – SES-AM. Departamento de Planejamento e Gestão – DEPLAN. Gerência de Programação em Saúde – GPS. Estrutura Organizacional. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/organograma/Organograma_2017.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. CAIC e seus respectivos atendimentos classificados por zona na cidade de Manaus (2018). Disponível em: <https://www.hygia.com.br/index>. Acesso em: 05 mar. 2020.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/cib/index.php>. Acesso: 05 mar. 2020.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Departamento de Planejamento e Gestão – DEPLAN. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019, 2015.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Caic em Manaus. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=caic>. Acesso em: 16 out. 2019.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde. Manual dos procedimentos dos Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança do governo do Estado do Amazonas, 2001.
- ANDRADE, Lucimary Bernabé Pedrosa de. Direitos da infância: da tutela e proteção à cidadania e educação. In: Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais, p. 79-124) [online]. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.
- ANDRÉ, Silvia Carla da Silva; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Revista. APS. 2017 jan/mar, p. 130 - 139.
- ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak; COLLET, Neusa; NEVES, Eliane Tatsch; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VERA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectiva. In: Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), novembro/dezembro, 2014, p. 1000-1007.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. ABRASCO. Pela garantia do direito universal à saúde no Brasil. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/DIGITALemA4_03jun19.pdf. Acesso em: 16 out. 2019.
- BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento social: intencionalidade e instrumentos. 2. ed. São Paulo – Lisboa: Editora Veras, 2007.
- BATTINI, Odária. O lugar da prática profissional no contexto das lutas dos assistentes sociais no Brasil. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento. 2. ed. São Paulo: Editora Veras, p. 129-148, 2014
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: Fundamentos e História. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. Serviço Social e Política Social: 80 anos de uma relação visceral. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira (org.). Serviço Social no Brasil: História de Resistências e de Ruptura com o Conservadorismo. São Paulo, Cortez, 2016, p. 119-140.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação Constituição da República Federativa do Brasil. In: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/arquivos/ConstituicaoTextoAtualizado_EC101.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. IBGE: Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus/panorama>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. IBGE Cidades. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/pesquisa/39/0?tipo=grafico>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. IBGE. Brasil em Síntese. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>. Acesso em: 15 fev.2020

BRASIL. IBGE. Força de trabalho (ocupados e desocupados). Disponível. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. IBGE. Indicadores IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Primeiro trimestre de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. IBGE. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodico/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua, 2020. Nota Técnica. Rendimento domiciliar per capita para o Brasil e Unidades da Federação. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2020.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílio no primeiro trimestre de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio no primeiro trimestre de 2021. Taxa de desocupados por idade. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua->

trimestral.html?=&t=destaques&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. IBGE. Sistema IBGE de recuperação automática (indicadores de desenvolvimento sustentável). Disponível em: sidra.ibge.gov.br/tabela/3834. Acesso em 05 jan. 2020.

BRASIL. IBGE. Sistema IBGE de recuperação automática. Indicadores de desenvolvimento sustentável. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/tabela/3834>. Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária à saúde. Cobertura da atenção primária à saúde em Manaus. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES. Recursos Humanos. Quantitativo de ocupações de nível superior no SUS (2019). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02am.def>. Acesso em: 08 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS. Estatísticas Vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=23253854&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10>, Acesso em: 08 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-gestor. Informação e Gestão da Atenção Básica (2019). Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais (2017). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10am.def>. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica sobre cobertura da atenção básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, acessado em 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3edp1.pdf, acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (2017). In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança. In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 24 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal EPSJV/Fiocruz. Entrevista com Professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, (2018). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>, acesso em: em 05 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011: institui a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html, acessado em 05 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. In: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10AM.def>, acesso em: 08 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. In: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf, acessado em 14/09/19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa humanização do Parto, pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, Distrito Federal, 1990b. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema e-Gestor – MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF. Unidades Geográficas: NORTE - AM – MANAUS. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: a saúde do Brasil. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil-_3edpdf. Acesso em 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS/CGIAE. Mortalidade Infantil e na Infância. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02am.def>. Acesso em 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Agenda 2030. ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2018) Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080/90a. Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; MONNERAT, Giselle Lavinias (Orgs). Saúde e Serviço Social. 2. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et. al. (Org). Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-164.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 117-129.

Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2009.

Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010.

Convenção Americana dos Direitos Humanos. Pacto de San Jose da Costa Rica. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.html>. Acesso em: 04 mar. 2020.

Convenção sobre os direitos da criança (1989). Disponível em: www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca. Acesso em: 14 fev. 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Sociedade, n° 62, São Paulo: Cortez, 2000, p. 35-72.

COSTA, Maria Dalva Horácio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 304-351.

Declaração de Alma-Ata - Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.iasaude.pt/attachments/article/153/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_Alma-Ata_setembro1978.pdf Acesso em: 14 fev. 2020.

Declaração dos Direitos da Criança (1959). Organização das Nações Unidas. Disponível em: <https://www.culturabrasil.org/zip/direitosdacrianca.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. UNIC/Rio. 005. Janeiro/2009 (DPI/876).

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. Violação dos direitos de crianças e adolescentes. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/infancia-e-juventude/publicacoes-textos-e-artigos/publicacoes/colecao/situacaoRisco.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ESPING-ENDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. São Paulo: Lua Nova, n. 24, 1991, p. 84-116.

FALEIROS, Vicente de Paula. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Políticas para a infância e adolescência e desenvolvimento. Ipea. In: Políticas sociais – acompanhamento e análise. Boletim n. 11, agosto de 2005, p. 171-177

Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas. Região Metropolitana de Manaus. Disponível em: <https://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-manaus-am/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

GELBECKE, Francine Lima; Matos, Eliane; SALLUM, Nádía Chiodelli. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 4, 2012, p. 31-38.

GIOVANELLA, Lígia (Org.); ESCOREL, Sarah; LOBATTO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. Condições de saúde da população brasileira. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 143-181.

GOOGLE MAPS. Mapa ilustrativo da distribuição dos CAIC em Manaus. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/search/caic/@-3.1128875,-59.9888611,13z/data=!3m1!4b1>. Acesso em: 29 jun. 2020.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. In: Serviço Social e Sociedade, n° 62, São Paulo: Cortez, 2000.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. Capacitação em Serviço Social e políticas sociais. In: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, módulo IV. Brasília: UNB, CEAD, 2002.

GUERRA, Yolanda. Nas pegadas dos 80 anos de história do Serviço Social: o debate da instrumentalidade como marco. In: SILVA, Maria Liduína de Oliveira e (org.). Serviço Social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo. São Paulo: Cortez, 2016, p. 287-309.

GUERRA, Yolanda. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas. In: BAPTISTA, Myrian Veras; BATTINI, Odária. A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2014, p. 79-106.

HELLER, Agnes. O cotidiano e a história. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo, Paz e Terra, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LAVAROTTI, Cleide. A entrevista do Serviço Social: características, usos e significado. In: LAVAROTTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). Instrumentais técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

MAIA, Lívia Teixeira de Souza; SOUZA Wayner Vieira de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-36-02-e00057519.pdf. Acesso em: 06 mar. 2020.

MANAUS. Secretaria de Saúde de Manaus. Sala de situação. Violência pessoal e autoprovocada. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/sala-de-situacao/violencia-pessoal-e-autoprovocada/>. Acesso em: 17/06/21.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde Departamento de Estatística e Sub-gerência de Saúde da SEMSA (DICAR/SUBGS/SEMSA). Disponível em: [intranet2.semsa.wordpress/](https://intranet2.semsa.wordpress.com/). Acesso em 15 de mar. 2020.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município, Ano XIV, Edição 3221. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/Estrutura-da-SEMSA-LEI-12-de-31.07.13.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Criança. In: https://semsa.manaus.am.gov.br/servico_acoes_saude/?t=saude-da-mulher. Acesso em: 08 out. 2019.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. In: Serviço Social e Sociedade, n° 124, São Paulo: Cortez, 2015.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: Serviço Social e Sociedade, n° 74, São Paulo: Cortez, 2003.

MATOS, Maurílio Castro de. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben Araújo de. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 117-129.

MIOTO, Regina Célia. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine; SANTOS, Silvana; MIOTO, Regina Célia. (Orgs.). Tendências Contemporâneas da Política Social no Capitalismo. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2008, p.130-148.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. In: Temporalis. Ano II, n. 3 (jan.-jul de 2001), Brasília: ABEPSS, Graffline, 2001, p. 41-50.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social no Brasil pós-64. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciane Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et. al. (Org). Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 435-472.

PAIM, Jarnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jarnilson Silva. Sistema único de Saúde aos 30 anos. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>, 2018, p. 1723-1728.

PEREIRA, Potyara A. P. Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão social, serviço social e direitos da cidadania. In: Temporalis. Ano II, n. 3 (jan.-jul de 2001). Brasília p. 51-61.

PEREZ, José Roberto Rus; PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. In: Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p. 649-673, maio/agosto, 2010.

PONTES, Reinaldo Nobre. Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

PORTES, Lorena Ferreira; PORTES, Melissa Ferreira. Os instrumentos e técnicas enquanto componentes da dimensão técnico-operativa do Serviço Social: aproximações acerca da observação e da abordagem. In: LAVAROTTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). Instrumentais técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016, p. 61-77.

PRATES, Jane Cruz. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva crítica de inspiração marxiana. Revista Virtual Textos e Contextos, ano 2, n. 2, dez. 2003.

RAICHELIS, Raquel. As atribuições e competências profissionais à luz da “nova” morfologia do trabalho. In: Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições do/a assistente social em questão, vol. 2. Brasília: DF 2020, p. 11-42.

RAMOS, Adriana; Helfreich, Francine; SANTOS, Coutinho dos. (Orgs). Prefácio de Claudia Mônica dos Santos. A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaios críticos. Campinas: Papel Social, 2018.

RIZZINI, Irene. O século perdido: Raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1997.

SALES, Teresa. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. São Paulo. RBCS nº 25, junho, 1994. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_25/rbcs25_02.htm. Acesso em: 15 ago. 2019.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e financiamento da política de saúde em tempos de austeridade fiscal. In: ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de; PINHEIRO, Hamida Assunção; VALLINA, Kátia de Araújo Lima (Org.). Campo minado: as investidas do capital contra a seguridade social brasileira. Alexa Cultural: São Paulo, EDUA: Manaus, 2020, p. 29-51.

SANTOS, Claudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. In: A dimensão técnico-operativa no Serviço Social. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região. Revista Conexões Gerais. v. 2, n. 3, 2º semestre, 2013, p. 25-30.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. Na prática a teoria é outra. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2015.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. Prefácio. In: RAMOS, Adriana; HELFREICH, Francine; SANTOS, Coutinho dos. (Orgs). A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaios críticos. Campinas: Papel Social, 2018.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental técnico e o Serviço Social, é preciso continuar o debate! In: A dimensão técnico-operativa no Serviço Social. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região. Revista Conexões Gerais. v. 2, n. 3, 2º semestre, 2013, p. 25-30.

SERRA, Rose M. Crise de materialidade do serviço social: repercussões no mercado profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, Cilícia Aquino da. Atenção à saúde da criança no Brasil: avaliação das ações desenvolvidas na atenção primária à saúde, 2018. (DISSERTAÇÃO DE MESTRADO UFAM)

SILVA, Rosane Meire Munhak da; VIEIRA, Claudia Silveira; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de oliveira; NEVES, Eliana Tatsch; SOBRINHO, Reinaldo Antônio da Silva. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. In: Saúde Debate, vol. 39, nº 106, Rio de Janeiro, 2015, p. 718-721.

SIMIONATTO, Ivete. Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. Florianópolis: Editora da UFSC; São Paulo: Cortez, 1995.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da Saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 103, jul/set. 2010, 453-475.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et. al. (Org). Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 627-662.

SOUSA, Charles Toniolo de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. Ponta Grossa: Emancipação, p. 119-132, 2008. In: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

SOUSA, Charles Toniolo de. Serviço Social, instrumentalidade e estudos sociais. In: RAMOS, Adriana; SANTOS, Franciene Helfreich Coutinho (Orgs). A dimensão técnico-operativa no trabalho do assistente social: ensaios críticos. Campinas: Papel Social, 2018.

UNICEF. Aliança para a Proteção da Criança em ações humanitárias. Nota Técnica: Proteção da Criança durante a Pandemia do Coronavírus, Versão 1, Março de 2020.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria. O assistente social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

VERENEZE, Renato Tadeu. Agnes Heller: cotidiano e individualidade – uma experiência em sala de aula. Revista Textos e Contextos, n. 1, v. 12, jan./jun. 2013, p.162-172.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) para participar da pesquisa ***O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE INFANTIL: uma análise a partir dos CAIC na cidade de Manaus – AM*** de responsabilidade Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, localizado no Setor Norte do Campus Universitário no Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Amazonas-PPGSS/UFAM, no endereço: Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 – Coroado, pelo telefone (92) 3305-4579 / 991289265, e-mail: _____, sob orientação da Profa. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade, professora do PPGSS/UFAM. A pesquisa tem por objetivo geral: Analisar o trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC) na cidade de Manaus e por objetivos específicos: Caracterizar a atenção à saúde infantil na cidade de Manaus por meio dos CAIC; desnudar as expressões da questão social que se manifestam no espaço sócio-ocupacional da saúde infantil e que demandam as respostas profissionais dos assistentes sociais; conhecer como se configura a instrumentalidade no trabalho do assistente social na saúde infantil.

Sua participação é voluntária e será importante para favorecer a compreensão da configuração do trabalho profissional no espaço dos CAIC e se dará por meio da aplicação de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, por intermédio da plataforma google form, encaminhado por e-mail ou WhatsApp, conforme melhor lhe convier.

A pesquisa de campo será realizada através de questionário online seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde – OMS e da Comissão Nacional de pesquisa – (CONEP, 2020) ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde – (CNS) em virtude da emergência sanitária mundial com a pandemia do SARS COV-19 (COVID-19), que reforça a necessária adoção de medidas preventivas, como o distanciamento social.

Desta forma, respeitando a Resolução nº 466/12, 510/16 e a 518/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), informamos que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, podendo ser: desconforto, constrangimento em diante das perguntas do questionário, sendo que trabalharemos para que tais riscos sejam minimizados. Entretanto, caso ocorra algum desconforto, constrangimento ou mal estar ao responder ao questionário, por favor, nos comunique para que possamos acolher e tomar as devidas providências, e, dentre as alternativas para minimizá-los, podemos estar referenciando os participantes da pesquisa para o CSPA da UFAM – Centro de Serviço de Psicologia aplicada da Universidade Federal do Amazonas.

Destacamos, que sua identidade será mantida em sigilo e que não há despesas, compensações ou benefícios diretos pela sua participação, que deve ser livre e voluntária, inclusive podendo desistir a qualquer momento do estudo sem qualquer dano ou prejuízo. Como o (a) senhor (a) tem envolvimento direto com o trabalho profissional do assistente social, entendemos que esta pesquisa o beneficia porque traz contribuições para o entendimento da configuração do trabalho profissional na saúde infantil e, por conseguinte, pode favorecer a análise das demandas e das respostas profissionais. Com isso, a categoria profissional e suas diferentes instituições representativas têm a possibilidade de debater e

fortalecer as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que orientam a atuação profissional, possibilitando ainda que os resultados advindos desta pesquisa sirvam

De parâmetro para outros estudos, pois os resultados produzidos com a pesquisa serão analisados e publicados.

Este TCLE está sendo disponibilizado na forma online e o Sr. (a) deve responder ao item abaixo de aceite, para em seguida ser disponibilizado o questionário. Ao final será gerado um documento em *pdf* disponibilizando uma cópia do termo apresentado.

Para qualquer informação, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (92) 98111-3426 ou pelo e-mail shyrlencris@yahoo.com.br.

Fica disponibilizado, para eventuais informações, reclamações ou denúncias, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (órgão responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) à Rua Teresina, 495 – Escola de Enfermagem de Manaus, sala 07 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus-AM, Fone: 3305- 1181/Ramal 2004, (92) e e-mail: cep@ufam.edu.br.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado (a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e por que precisa da minha contribuição, e entendi a explicação. Assim, concordo em participar da pesquisa, sabendo que não serei pago (a) e que tenho todo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade ou constrangimento.

() Aceito

() Não aceito

Manaus, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

1ª via – Pesquisador

2ª via – Participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – IFCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS

Pesquisa: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE INFANTIL: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança na cidade de Manaus.

Questionário para os assistentes sociais dos Centros de Atenção Integral à Criança

I. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. **Sexo:** () Feminino () Masculino
- 1.2. **Ano de formação:** _____
- 1.3. **Tipo de instituição em que fez a graduação:** () Pública () Particular
- 1.4. **Modalidade da graduação:** () Presencial () Semipresencial () A distância
- 1.5. **Possui curso de pós-graduação?** () Não () Sim. Em qual área?
 () Especialização: _____
 () Mestrado: _____
 () Doutorado: _____
 () Pós-Doutorado: _____
- 1.6. **Fez cursos de atualização voltados especificamente para a área da saúde?**
 () Não () Sim. Qual(is): _____
- 1.7. **Há quanto tempo trabalha no CAIC?** _____
- 1.8. **Vínculo profissional:** () Servidor efetivo () Contratado temporariamente - RDA
 () Terceirizado () Outros: _____

II. DEMANDAS INSTITUCIONAIS E ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS

- 2.1. **De que forma os usuários chegam ao Serviço Social?** (Pode marcar mais de uma opção)
 () Encaminhados por outros profissionais do CAIC () Livre demanda () Agendamento
 () Encaminhamentos externos. De qual(is) instituição(ões)?

 () Outros _____
- 2.2. **Quais são as principais demandas postas pela instituição para o Serviço Social?**
 () Preparar palestra para os servidores sobre temas diversos
 () Preparar palestras de interesse dos usuários (datas específicas, direitos que envolvem o ato de amamentar, dentre outros.
 () Distribuição de fichas extras a partir de triagem do Serviço Social
 () Acolher a reclamação dos usuários
 () Representar a Direção em reuniões diversas
 () Conversar com servidores a respeito de assiduidade e pontualidade

- Elaborar programação semestral ou anual de atividades de educação em saúde juntamente com os outros servidores
- Representar a Direção na unidade quando a gestora estiver ausente
- Conferir materiais entregues pelos fornecedores
- Outros _____

2.3 Quais destas demandas, o(a) senhor(a) entende como coerentes com as atribuições profissionais?

2.4. Quais destas demandas, o(a) senhor(a) entende estarem em desacordo com as atribuições privativas do assistente social?

- Preparar palestra para os servidores sobre temas diversos
- Preparar palestras de interesse dos usuários (datas específicas, direitos que envolvem o ato de amamentar, dentre outros.
- Distribuição de fichas extras a partir de triagem do Serviço Social
- Acolher a reclamação dos usuários
- Representar a Direção em reuniões diversas
- Conversar com servidores a respeito de assiduidade e pontualidade
- Elaborar programação semestral ou anual de atividades de educação em saúde juntamente com os outros servidores
- Representar a Direção na unidade quando a gestora estiver ausente
- Conferir materiais entregues pelos fornecedores
- Outros _____

2.5. Usa alguma referência para analisar se uma demanda é pertinente ou não à profissão?

- Sim Não Se afirmativo, qual? _____

2.6. Como o(a) senhor(a) lida com as demandas feitas à profissão pela instituição ou usuários que são alheias às atribuições profissionais?

- Atende Não atende Atende e posteriormente esclarece ao usuário e à instituição não ser sua atribuição
- Outros _____

2.7. No cotidiano de trabalho, os usuários procuram o Serviço Social do CAIC a partir de quais situações ou problemas sociais? (Pode marcar mais de uma opção).

- Violência. Que tipo? _____
- Violação de direitos de crianças e adolescentes. Qual? _____
- Desemprego
- Trabalho precário e informal
- Fome
- Criança órfã vivendo com avós
- Demanda psicossocial de crianças e adolescentes com esquizofrenia, síndromes e distúrbios mentais
- Evasão escolar
- Drogadição
- Moradia precária ou falta de moradia
- Exclusão de crianças e adolescentes do núcleo familiar em razão de orientação sexual ou conflitos familiares
- Prática de atos infracionais
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- Outros: _____

2.8. Dos problemas sociais citados acima, cite os três que o (a) senhor(a) julga atender com mais frequência?

- () Violência. Que tipo? _____
- () Violação de direitos de crianças e adolescentes. Qual? _____
- () Desemprego
- () Trabalho precário e informal
- () Fome
- () Criança órfã vivendo com avós
- () Demanda psicossocial de crianças e adolescentes com esquizofrenia, síndromes e distúrbios mentais
- () Evasão escolar
- () Drogadição
- () Moradia precária ou falta de moradia
- () Exclusão de crianças e adolescentes do núcleo familiar em razão de orientação sexual ou conflitos familiares
- () Prática de atos infracionais
- () Dificuldade de acesso aos serviços de saúde
- () Outros: _____

2.9. A que o(a) senhor(a) atribui esses problemas acima? (Pode marcar mais de uma opção)

- () Contexto familiar
- () Resultantes das desigualdades sociais
- () Falta de controle social sobre as políticas públicas para efetivação dos direitos
- () Culpa dos próprios indivíduos
- () Outros: _____

2.10. O(a) senhor(a) compreende tais situações ou problemas como expressões da questão social?

- () Sim () Não () Não sei responder

2.11 O que o(a) senhor (a) entende por questão social?

2.12. Quais são as principais requisições dos usuários para o Serviço Social do CAIC?

- () Viabilização de acesso a atendimentos no CAIC
- () Contato/intermediação com outras instituições na tentativa de assegurar-lhes direitos
- () Informações a respeito de instituições onde possam ser atendidos em alguns problemas sociais, tais como, fome, saúde, desemprego, violência, inclusão de criança com deficiência na escola regular
- () Solicitação de informações sobre direitos dos usuários do interior do Estado em tratamento em Manaus
- () Orientações de como inserir em tratamento membro da família que realiza uso abusivo de drogas
- () Orientações/encaminhamentos de como agir diante de violência doméstica contra a criança
- () Orientações de como agir diante de violência doméstica/contr a criança e adolescente
- () Orientações/encaminhamentos sobre definição de guarda, divórcio
- () Orientações/encaminhamentos para rede de proteção à criança e à mulher vítima de violência
- () Outros _____

2.13. Cite as atribuições privativas que desempenha no cotidiano do seu trabalho?

2.14. O(a) senhor(a) dispõe de autonomia para o desenvolvimento de seu trabalho?

- () Sim, totalmente () Sim, parcialmente () Não

III. TRABALHO PROFISSIONAL: PLANEJAMENTO E INTENCIONALIDADE DAS RESPOSTAS PROFISSIONAIS
--

3.1. Para o atendimento a esse público, o senhor(a) dispõe de um plano de trabalho?

() Não () Sim. Quem o elaborou? _____

3.1.1 Caso a questão 3.1 for positiva, em que ano foi elaborado o último plano de trabalho do Serviço Social? _____

3.1.2 Se há plano de trabalho, para quem é apresentado? () gestor da instituição

() para outros profissionais da instituição () Outros: _____

3.1.3 Caso haja plano de trabalho, pontue algumas propostas de trabalho nele contidas:

3.1.4 Caso a questão 3.1 for positiva, o que o Serviço Social considera na elaboração do plano de trabalho?

() Opinião dos usuários () Solicitações da gestão () Demandas atendidas em maior número

() Outros: _____

3.2 Caso não haja o Serviço Social não disponha de um plano de trabalho, há outra forma de planejamento do trabalho profissional?

() Não () Sim. Qual? _____

3.3. O Serviço Social conhece o perfil socioeconômico e familiar dos usuários do serviço?

() Não () Sim. A partir de quê? _____

3.4. Pontue as dificuldades que se impõem para a materialização do trabalho profissional:

() Dificuldade de articulação do trabalho profissional com o de outros profissionais

() Realização de trabalhos fora das atribuições privativas e das competências profissionais

Exemplifique _____

() Espaço físico inadequado

() Necessidade de cursos e capacitações

() Concentração de grande parte do tempo em ações burocráticas

() Outras _____

3.5. Quais estratégias vêm sendo tomadas para a superação dessas dificuldades?

3.6. Quais dessas ações o Serviço Social realiza na sua rotina de trabalho? (Pode marcar mais de uma opção)

() Acesso aos serviços de saúde

() Democratização das informações sobre formas de controle social: Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde, movimentos, associações

() Informações (esclarecimentos gerais a todos os usuários) sobre direitos da criança

() Encaminhamentos para a rede socioassistencial

() Atividade educativa para prestar informações sobre acesso às unidades e aos serviços de saúde

() Organização dos usuários para efetivar o controle social

() Outras: _____

3.7. Estas respostas são suficientes para enfrentar tais expressões da questão social?

() Sim. Por que? _____

() Não. Por quê? _____

3.8. Quais os principais desafios que o trabalho na saúde infantil impõe ao Serviço Social?

3.9. Para quais instituições ou políticas a seguir o(a) senhor(a) realiza contato ou encaminha o usuário no cotidiano do trabalho profissional?

- () Conselho Municipal dos Direitos da Criança () Escolas e diretores. () Educação
 () Conselho Tutelar e outras redes de proteção à criança e ao adolescente. () Saúde
 () Conselhos de Saúde estadual e municipal () Ouvidoria do SUS () Segurança
 () Cultura, esporte e Lazer () Previdência Social
 () Assistência Social, por meio dos CRAS e CREAS
 () Assistência jurídica por meio da Defensoria Pública/Ministério Público
 () Outros: _____

IV. INSTRUMENTALIDADE DO TRABALHO NA SAÚDE INFANTIL

4.1. O que o(a) senhor(a) entende como instrumentalidade do Serviço Social?

4.2. Que conhecimentos/ferramentas o senhor(a) utiliza para realizar o trabalho profissional no CAIC? (Pode marcar mais de uma opção)

- () Análise de conjuntura () Fundamentos teórico-metodológicos () Pesquisa social
 () Conhecimento da realidade social dos usuários () Análise institucional
 () Gestão e planejamento social () Ética profissional
 () Conhecimento da política de saúde voltada para o segmento infantil
 () Conhecimento de outras políticas sociais
 () Parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde
 () Conhecimentos oriundos da experiência profissional acumulada
 () Outros: _____

4.3. O senhor (a) leu algo relacionado especificamente ao Serviço Social nos últimos 2 anos?

- () Não () Sim. Qual(is) obra(s)? _____

4.4. Enumere por ordem de importância os instrumentos normativos que o senhor(a) mais utiliza em seu cotidiano profissional (iniciando com "1" como o mais importante)

- () Estatuto da Criança e do Adolescente () Lei Orgânica da Saúde
 () Lei de regulamentação da profissão () Código de Ética Profissional
 () Lei de inclusão da Pessoa com Deficiência () Lei Orgânica da Assistência Social
 () Parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na Saúde () Lei Maria da Penha
 () Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
 () Outros _____

4.5. Quais dos meios a seguir o senhor(a) costuma utilizar para desenvolver seu trabalho?

- () Entrevista () Visita domiciliar () Palestra () Orientações individuais
 () Contatos externos () Reuniões com a equipe () Reuniões com a gestão da unidade
 () Trabalhos com grupos () Estudo Social
 () Projeto social () Plano de trabalho
 () Discussões interdisciplinares sobre determinados problemas
 () Outros _____

4.6. Como o senhor(a) justifica a escolha destes meios de trabalho?

- () Auxiliam a dar resposta às necessidades dos usuários () Fruto do planejamento profissional
 () Cumprimento das requisições institucionais () Exigências diárias de produção
 () São escolhidos de acordo com o objetivo da intervenção
 () Outros: _____

4.7. O(a) senhor(a) tem oportunidade de fazer crítica ou avaliação de seu trabalho profissional no CAIC?

Não Sim, frequentemente Sim, raramente

4.8. Caso a resposta anterior seja positiva, esta avaliação permite redirecionar o trabalho?

Não Sim. Como? _____

4.9. Nos últimos 2 anos, o(a) senhor(a) buscou alguma dessas estratégias de capacitação profissional?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leituras sobre o Serviço Social | <input type="checkbox"/> Leituras sobre política social |
| <input type="checkbox"/> Leituras sobre conjuntura política | <input type="checkbox"/> Debates presenciais/virtuais |
| <input type="checkbox"/> Pós-graduação <i>lato sensu</i> | <input type="checkbox"/> Pós-graduação <i>stricto sensu</i> |
| <input type="checkbox"/> Participação em grupos de estudos | <input type="checkbox"/> Seminários/congressos/encontros da categoria |
| <input type="checkbox"/> Curso Ética em Movimento | <input type="checkbox"/> Seminários/congressos sobre política de saúde |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

ANEXOS



Manaus, 27 de outubro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAICs) na cidade de Manaus"**, nos **CAIC AFRÂNIO SOARES**, sob coordenação do(a) **Prof. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade**, desenvolvida pelo(a) discente **Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto**, do Curso de Mestrado em **Serviço Social**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de
Saúde



Manaus, 12 de novembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAICs) na cidade de Manaus"**, nos **CAIC Edson Melo, CAIC Corina Batista (Ana Maria Braga) e CAIC José Contente**, sob coordenação do(a) **Prof. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade**, desenvolvida pelo(a) discente **Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto**, do Curso de Mestrado em **Serviço Social**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde



Manaus, 13 de novembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAICs) na cidade de Manaus"**, nos **CAIC ALBERTO CARREIRA**, sob coordenação do(a) **Prof. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade**, desenvolvida pelo(a) discente **Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto**, do Curso de Mestrado em **Serviço Social**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de
Saúde



Manaus, 13 de novembro de 2020.

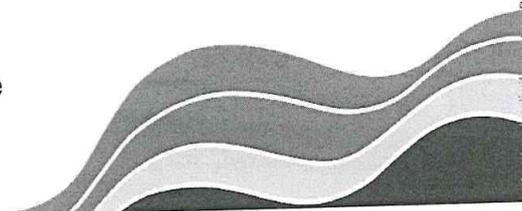
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (CAICs) na cidade de Manaus"**, nos **CAIC Rubim Sá e CAIC José Carlos Mestrinho**, sob coordenação do(a) **Prof. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade**, desenvolvida pelo(a) discente **Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto**, do Curso de Mestrado em **Serviço Social**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de
Saúde





Manaus, 30 de novembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

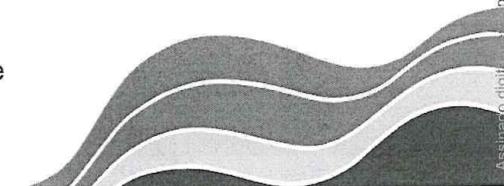
Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integrals à Criança e ao Adolescente-CAIC's na cidade de Manaus"** nos **CAIC ALEXANDRE MONTORIL E CAIC JOSEPHINA DE MELLO**, sob orientação do(a) **Prof. Dra. Roberta Coelho Ferreira de Andrade**, desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **Shyrlen Cristiane de Oliveira Sousa Pinto**, do **Curso do Curso de Mestrado de Serviço**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de
Saúde

Folha: 115





Manaus, 27 de novembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

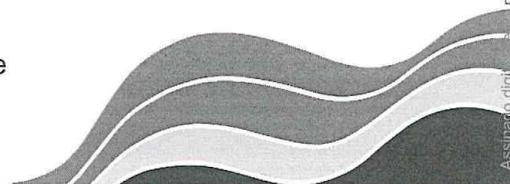
Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **"O trabalho do assistente social na saúde infantil: uma análise a partir dos Centros de Atenção Integrals à Criança-CAIC's na cidade de Manaus"**, nos **CAIC MOURA TAPAJÓS E CAIC GILSON MOREIRA**, sob orientação do(a) **Prof. Dra. Roberta Ferreira Coelho de Andrade**, desenvolvida pelo(a) pesquisador(a) **SHYRLEN CRISTIANE DE OLIVEIRA SOUSA PINTO**, do Curso de Mestrado de **Serviço Social**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

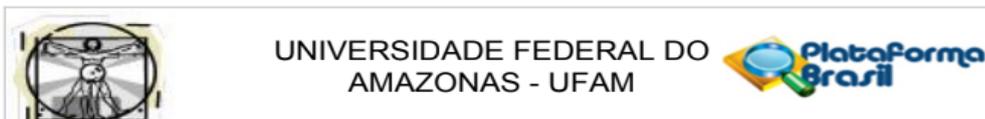
Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Folha: 110

Secretaria de
Estado de
Saúde



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE INFANTIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA NA CIDADE DE MANAUS/AM.

Pesquisador: SHYRLEN CRISTIANE DE OLIVEIRA SOUSA PINTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44430620.4.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.668.572

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 24 de Abril de 2021

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))