

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
JOANA DEMOLINER**

**SAÚDE E POBREZA NA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:
CONCEPÇÃO, INTERFACE E FORMAS DE ENFRENTAMENTO**

**FLORIANÓPOLIS
2005.2**

JOANA DEMOLINER

**SAÚDE E POBREZA NA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: CONCEPÇÃO,
INTERFACE E FORMAS DE ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina para a
obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social.

Orientadora: Rosana de Carvalho Martinelli
Freitas

FLORIANÓPOLIS
2005.2

JOANA DEMOLINER

**SAÚDE E POBREZA NA PRODUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: CONCEPÇÃO,
INTERFACE E FORMAS DE ENFRENTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador

1º Examinador

2º Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais João e Arlete por todo amor que me foi dado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela dedicação, amor, carinho que sempre me foi dado, pela oportunidade e pelo incentivo a formação acadêmica... Ao meu irmão André.

Ao meu namorado André, que foi muito importante nesta etapa de conclusão do curso, pela sua presença na minha vida e tudo o que isto representa de bom.

A minha orientadora Rosana de Carvalho Martinelli Freitas, que tornou possível a realização deste trabalho, e que muito contribuiu para meu aprendizado neste final de formação acadêmica.

Em especial as minhas amigas Daniela e Aline, que durante toda minha formação acadêmica estiveram do meu lado.

A toda minha família que sempre incentivou e valorizou direta ou indiretamente minha formação acadêmica.

As amigas que fiz neste período e que contribuíram inúmeras vezes e de formas diferentes em minha vida acadêmica. Em especial a Vileide.

Houvesse essa justiça, e nem um só ser humano mais morreria de fome ou de tantas doenças que são curáveis para uns, mas não para outros. Houvesse essa justiça, e a existência não seria, para mais de metade da humanidade, a condenação terrível que objetivamente tem sido. Tenho dito que para essa justiça dispomos já de um código de aplicação prática ao alcance de qualquer compreensão, e que esse código se encontra consignado desde há cinquenta anos na declaração Universal dos Direitos Humanos... E também tenho dito que a Declaração Universal dos Direitos Humanos... Poderia substituir com vantagem, no que respeita a retidão de princípios e clareza de objetivos, os programas de todos os partidos políticos do orbe.

José Saramago

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre a relação pobreza / saúde. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir da análise de conteúdo de artigos científicos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade, no período de 1988 a 2005, que possuíam em seus títulos as palavras saúde e/ou pobreza. As categorias analisadas nos artigos foram à relação estabelecida entre pobreza/saúde (doença), suas concepções e formas de enfrentamento. Pretende-se com o trabalho contribuir para que no fazer profissional dos Assistentes Sociais, a reflexão a cerca do binômio saúde/pobreza esteja mais presente, juntamente com a garantia de direitos. Espera-se também que o trabalho suscite em acadêmicos de Serviço Social, assistentes sociais, e profissionais de áreas afins, uma maior reflexão a cerca da pobreza, e as formas de enfrentamento.

Palavras-chaves: saúde/doença, pobreza, formas de enfrentamento.

ABSTRACT

This work is a study on the relation poverty/ health. A bibliographical research was become fulfilled, developed from the analysis of scientific article content published in the Magazine Social Service and Society, in the period of 1988 the 2005, that the words had in its headings health and/or poverty. The categories analyzed in articles had been the relation established between poverty/health (illness), its conceptions, implications and forms of confrontation. It is intended with the work to contribute so that in making professional of the Social Assistants, the reflection about the “binômio” (interface) health/poverty is more present, together with the guarantee of rights. One also expects that the work excites in academics of Social Service, social assistants, e professional of similar areas, a bigger reflection about the poverty, e the confrontation forms.

Key-words: healthillness, poverty, confrontation forms.

LISTA DE SIGLAS

Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
Ações Integradas de Saúde (AIS)
Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)
Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)
Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Conselho de Administração da Saúde e da Previdência Social (CONASP)
Doença Sexualmente Transmissível (DST)
Fundo Monetário Internacional (FMI)
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
Lei Orgânica da Saúde (LOS)
Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
Norma Operacional Básica (NOB)
Programa Nacional de Ações Sócio-Educativas e Culturais para as Populações Carentes Urbanas (PRODASEC)
Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES)
Sistema Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (SINPAS)
Sistema Único de Saúde (SUS)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A SAÚDE NO BRASIL	13
1.1 Trajetória da saúde brasileira	13
1.2 O Sistema Único de Saúde: implantação e desafios	19
2 A RELAÇÃO ENTRE POBREZA, SAÚDE E DOENÇA	28
2.1 A pobreza como expressão da questão social: o debate contemporâneo	28
2.2 O binômio saúde-pobreza.....	34
3 A INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO DE POBREZA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO	38
3.1 Procedimentos de pesquisa	38
3.2 As concepções e a interface entre pobreza/saúde, e as formas de enfrentamento ..	39
3.3 O Assistente Social como profissional de saúde e sua presença no combate à pobreza e a garantia do direito à saúde	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A - Levantamento de edições de revistas Serviço Social e Sociedade que abordam as temáticas de pobreza e saúde, entre 1988 e 2005.....	65

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde sempre foi compreendida e centrada no fator biológico, entretanto o processo saúde/doença revela fundamentalmente o seu caráter social, ou seja, a saúde depende de boas condições de moradia, alimentação suficiente, condições de trabalho adequadas e condições ambientais saudáveis. Nesta perspectiva, em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde ampliou o conceito de saúde.

Assim, a saúde foi vinculada não só às políticas sociais e econômicas do país, mas também ao direito de acesso as ações e serviços destinados à promoção, recuperação e proteção do cidadão, e, para ocorrer a redução dos riscos de doença, é necessário assegurar o exercício dos direitos sociais ao bem estar físico, mental e social.

Conforme observado através da experiência de estágio no Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, a pobreza - neste caso caracterizada pela falta de condições mínimas de sobrevivência - mais precisamente suas repercussões na vida das pessoas configuram-se como uma das principais causas de internações no Setor de Pediatria do HU, e diante do fato de que apesar de uma atuação comprometida com os usuários, que recebe todos os atendimentos necessários à sua reabilitação e recuperação, há uma certa dificuldade de se exercer uma prática atuante com a questão da pobreza no setor. Deste modo, resolveu-se buscar em produções teóricas do Serviço Social, se existem reflexões acerca da interface entre pobreza e saúde, suas concepções, e formas de enfrentamento.

Foi realizada um pesquisa exploratória de delineamento bibliográfico, desenvolvida a partir da análise de conteúdo de artigos científicos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade, no período de 1988 a 2005, que abordam a temática saúde e pobreza.

A revista foi escolhida por ser esta uma revista de publicação de referência para os profissionais do Serviço Social no Brasil. O período escolhido se deve ao fato de que foi a partir de 1988, data da Constituição Federal, que a saúde passou a ser compreendida de uma forma mais abrangente.

Diante do fato de que o Serviço Social se particulariza nas relações sociais de produção e reprodução da vida social como uma profissão interventiva no âmbito da questão social, almeja-se com este estudo contribuir para que no fazer profissional dos Assistentes Sociais, a

reflexão a cerca da interface saúde/pobreza esteja mais presente, juntamente com a garantia de direitos, bem como se anseia que o trabalho desperte em acadêmicos de Serviço Social, assistentes sociais, e profissionais de áreas afins, uma maior reflexão a cerca da pobreza, e as formas de enfrentamento.

No primeiro capítulo faz-se um resgate da saúde no Brasil, mostrando como se configurou o direito a Saúde, até a promulgação da Constituição de 1988, e como a Política de Saúde vem sendo implementada, bem como uma análise sobre a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobre a atual situação da saúde no Brasil.

No segundo capítulo aborda-se a pobreza enquanto expressão da questão social, e sua relação com o processo de saúde/doença. Apresenta-se um resgate das várias concepções de pobreza, seus indicadores, bem como, de estudos existentes que abordam esta temática.

No terceiro apresenta-se a pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir da análise de conteúdo de artigos científicos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade, no período de 1988 a 2005, que abordam a temática saúde e pobreza. Explicitando assim, a relação entre pobreza/saúde, suas concepções e formas de enfrentamento presentes nesta literatura.

Ao final, são apresentadas as considerações deste estudo, que exprimem a compreensão que se alcançou sobre o tema.

1 A SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, resgata-se o processo histórico da saúde no Brasil, mostrando como se configurou o direito a Saúde, até a promulgação da Constituição de 1988, e como após este período a questão da saúde vem sendo trabalhada.

Será apresentado o processo de implantação do SUS, bem como a atual situação da saúde no Brasil.

1.1 Trajetória da saúde brasileira

No século XX, as políticas de saúde no Brasil preocuparam-se com a economia e não com a saúde da população. Primeiramente, exercia-se uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e o controle ou a erradicação de doenças que tivessem possibilidades de prejudicar as exportações, visto que a economia brasileira até a metade deste século, era agroexportadora. Com isso configurou-se o Sanitarismo Campanhista, que se estendeu do início do século XIX até 1965.

O modelo de atenção à saúde, adotado no Brasil até a década de 70, mostrava-se oneroso, excludente, reducionista e simplificado, conseqüência da excessiva centralização política e econômica, e por ser o estado o articulador de “políticas compensatórias”. De acordo com Mendes (1999, p.26), o termo “políticas compensatórias” é empregado como “formas alternativas encontradas pelo Estado para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos num quadro de crise fiscal”.

Neste contexto, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ter responsabilidade pela assistência médica de seus beneficiários.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como respostas às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reformas de inúmera clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais clínicos e empresas de

prestação de serviços médicos em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos. (LUZ, 1995, p.205).

Com o fim do modelo econômico agroexportador, e com o início da industrialização, iniciou-se um movimento de proteção aos trabalhadores. Era o modelo médico-assistencial-privatista, que surgiu em 1975, regido pela Lei 6.229, que em 1977 se integrou ao Sistema Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (SINPAS).

Ainda no final da década de 70, tal modelo esgotou-se, devido a uma crise fiscal do Estado, com fortes repercussões na Previdência Social, por apresentar inadequações à realidade sanitária nacional. Deste modo, tornou-se imprescindível uma mudança neste modelo médico-assistencial-privatista.

Foi nesse contexto, que paralelamente começaram a surgir dentro das instituições acadêmicas, trabalhos de “medicina comunitária” dando início ao “movimento contra-hegemônico” da saúde que, nos anos 80, veio a ser a denominada reforma sanitária brasileira.

Gradativamente, foram surgindo por todo país, movimentos de trabalhadores de saúde, lideranças populares e sindicais, que se uniram ao movimento sanitário na luta pela melhoria da qualidade de vida da população, via políticas sociais e de saúde. Esses movimentos mostraram as falhas do modelo médico-assistencial-privatista e apontaram para um novo modelo de atenção à população.

Tal processo tomou força e obteve uma dimensão política ideológica, o que possibilitou a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976, e a criação da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, que por meio de simpósios, debates, reuniões, sistematizaram uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial-privatista.

O movimento tinha como objetivos, conceber a saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer; efetivar a saúde como um direito do Cidadão e dever do Estado; e estabelecer a implantação de um Sistema Único de Saúde que teria como princípios a universalidade, integralidade das ações, descentralização e participação da população.

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democrático de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de

Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia, equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema. (MENDES, 1999, p.42).

Segundo Ometto, Furtuoso, e Silva (1995) a economia brasileira na década de 80 atravessou uma das mais graves crises de sua história, a qual resultou na estagnação do Produto Interno Bruto e em taxas de inflação sem precedentes. Apesar desse quadro econômico crítico os indicadores sociais apresentaram evolução positiva. Diagnosticaram que, embora as famílias brasileiras adotassem como estratégia para o enfrentamento desta crise a super utilização da força-de-trabalho familiar no mercado de trabalho, a evolução da renda e da pobreza nesse período foi desfavorável. “Concluiu-se que a ampliação dos dispêndios e transformação das formas de implementação das políticas públicas nas áreas de saúde e nutrição são fatores decisivos no desempenho dos indicadores sociais.”.

A análise do comportamento das taxas de mortalidade infantil e da esperança de vida ao nascer do brasileiro ao longo dos últimos sessenta anos, conclui que a "década perdida" no aspecto social foi a de sessenta e não a de oitenta, como poder-se-ia supor pela observação da renda e da pobreza.

A Tabela abaixo mostra a taxa de mortalidade¹ infantil no Brasil e grandes regiões no período de 1930/1980.

Tabela 1

Taxa de mortalidade infantil, segundo as grandes regiões, 1930 - 1980.

Grandes Regiões	1930/40	1940/50	1950/60	1960/70	1970/80
Brasil	158,27	144,73	118,13	116,94	87,88
Norte	168,42	151,70	117,14	111,39	72,31
Nordeste	178,71	176,34	154,94	151,18	121,36
Sudeste	152,82	132,62	99,97	100,24	74,50
Sul	127,37	114,31	86,88	87,19	61,80
Centro-Oeste	134,81	123,56	102,17	103,90	70,32

Fonte: IBGE

¹ Os dados de mortalidade proporcionam elementos de suma importância no conhecimento dos níveis de saúde da população, além de fornecerem subsídios para o planejamento das ações políticas de atenção à saúde dos distintos segmentos populacionais.

A comparação entre esses dados, com os da tabela a seguir, referentes à mortalidade infantil no Brasil e em São Paulo, nos anos oitenta, comprova que a evolução favorável desses indicadores só se interrompe nos anos sessenta.

Tabela 2

Taxa de mortalidade infantil. Brasil e estado de São Paulo, 1980-1989.

<i>Ano</i>	<i>Brasil</i>	<i>São Paulo</i>
1980	75,0	51,2
1981	68,4	49,3
1982	64,5	47,9
1983	66,7	42,3
1984	65,9	44,9
1985	58,1	36,4
1986	53,2	36,2
1987	51,0	33,7
1988	47,5	33,9
1989	45,0	30,9

Fonte: IBGE, SEADE.

No que se refere às políticas de saúde na década de 1980, mais precisamente em 1981 foi criado o Conselho de Administração da Saúde e da Previdência Social (CONASP). Este que visava à redução de gastos, especialmente na área hospitalar, e a construção de um plano de reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social. Nesse mesmo período, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que pretendiam garantir o repasse de verbas para a saúde, mediante a identificação e negociação dos serviços prestados pela União, Estados e Municípios.

Em 1985, a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República e seu inesperado falecimento, resultou na posse do vice-presidente José Sarney que, em 1986, lançou o plano Cruzado.

Assim, segundo Mendes (1995), esses fatos fizeram insurgir no campo da saúde novos sujeitos sociais, com interesses e visões de mundo diferentes, que permitiram moldar o projeto sanitário brasileiro, juntamente com os próprios usuários, que se mostravam insatisfeitos com a ineficiência do sistema. O novo modelo de saúde seria construído sob responsabilidade do Estado, mediante implementação de políticas sociais de saúde. Pensar num novo caminho para garantir a saúde significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a VIII Confederação Nacional de Saúde, suscitou dois processos: um que previa a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e outro que pretendia a aprovação do capítulo da saúde na nova Constituição Federal, tendo como princípio fundamental “a saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Com o fim da Conferência, o conceito de saúde foi modificado e com novos paradigmas a saúde passou a ser compreendida como:

Resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a todos os serviços de saúde indiscriminadamente. (MINAYO, 1986, p.28).

A saúde, então, foi vinculada não só as políticas sociais e econômicas do país, mas também ao direito de acesso as ações e serviços destinados à promoção, recuperação e proteção do cidadão, visto que o termo *saúde* denota ausência de doença, e, para haver redução dos riscos de doença, é preciso assegurar os direitos sociais ao bem estar físico, mental e social.

O SUDS foi regulamentado, visando solucionar problemas “financeiros” entre os Ministérios de Saúde e o da Previdência e Assistência Social (MPAS), reestruturar as atribuições dos governos federal, estaduais e municipais, assegurando a abertura das unidades assistenciais para elaboração de seus próprios programas e orçamentos, conforme suas necessidades locais. Assim, colocou-se um fim às AIS, que segundo Mendes (1993) não conseguiram atingir seus objetivos de superar o caráter de política social compensatória e constituir-se numa estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde.

Na prática, a implantação do SUDS gerou polêmica, pois foram mantidos mecanismos de controle centralizados que favoreceram a manipulação política e a reprodução da lógica privatizante. Assim, o SUDS não alterou o modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência de integralidade das ações. (COELHO, E.B.S.; WESTRUPP, M.H.B.; VERDI, M., p.11)

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, garantiu-se também a estruturação de um novo sistema de saúde, cujos princípios fundantes, foram inscritos na Constituição Federal de 1988. Segundo Vasconcelos:

Assim, figuram na Constituição a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado. (VASCONCELOS, 2002, p.77).

Com a nova Constituição Federal a saúde foi incluída dentro do capítulo da Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição Federal de 1988 (p. 115), a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações com iniciativas dos Poderes Públicos e da Sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Os fundamentos do SUS foram regulamentados na Lei Orgânica de Saúde (LOS). A proposta do SUS implica na municipalização de um modelo assistencial baseado na integralidade, equidade, universalidade, participação popular e a descentralização político-administrativa.

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

A LOS, aprovada em 1990, é o conjunto das leis 8.080 e 8.142 editadas para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente à proteção e a defesa da

saúde. Nessas leis estão expressas as conquistas e os princípios da Reforma Sanitária que foram incorporados à Carta Magna.

Somente três anos após a LOS é que os critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios foram sistematizados (Norma Operacional Básica do SUS — NOB-93 —, anexa à Portaria do Ministério da Saúde n. 545, de 20.maio.1993). A NOB-93 entrou em vigor em 1994, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local (estados e municípios) do SUS.

1.2 O Sistema Único de Saúde: implantação e desafios

De acordo com a LOS, o SUS pode ser definido como o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais e complementarmente pela iniciativa privada, que interagem para um fim comum. É único por seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território brasileiro.

O SUS pode ser entendido também como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e das ações de saúde, formulação essa estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente pelas leis que a regulamentam. O SUS não é o sucessor do SUDS ou do INAMPS. É, portanto, um novo sistema de saúde, ou melhor, um novo sistema em processo de construção. (ALMEIDA; CHIORD; ZIONI, 1995, p.34).

A garantia da saúde, proposta pelo SUS, implica em assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, ser equânime na distribuição de recursos, obedecendo as diretrizes de descentralização, com atendimento integral que contemple atividades preventivas e assistenciais, e participação da comunidade, bem como a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

Segundo Ministério da Saúde, em documento preliminar para discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde, a integralidade, deve ser entendida como um processo que implica para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, individual e coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em

saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

As ações e serviços de saúde no SUS dividem-se em três níveis de atenção, de acordo com a complexidade das situações de saúde.

O nível primário comporta atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Os estabelecimentos deste nível de atenção são as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais locais. Sua gerência é exclusivamente municipal.

O nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se por desenvolver, além das atividades do nível primário, as atividades assistenciais e mais algumas especialidades médicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. As policlínicas, hospitais especializados e laboratórios compõem o conjunto de estabelecimentos deste nível, que tem gerência municipal.

O nível terciário além de desenvolver as atividades dos níveis primário e secundário realiza atendimento nas especialidades que demandam tecnologia de alto custo e profissionais altamente especializados em todas as modalidades. Caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Os estabelecimentos neste nível são as policlínicas de referência regional, hospitais especializados, hospitais universitários, laboratórios regionais e centrais, e hemocentros. A gerência neste nível é estadual.

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.7).

Costa (2002), aponta que um dos grandes desafios do SUS foi o de superar a contradição entre a descentralização da gestão do sistema de saúde e a arrecadação centralizada dos recursos da seguridade social na União.

A forma encontrada para vencer este desafio foi, a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, criar instâncias deliberativas, as comissões intergestores nacional e estaduais, que são responsáveis pela

negociação da descentralização, incluindo a partilha dos recursos financeiros da assistência à saúde. (COSTA, 2002, p.53).

A NOB-93 regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e as diretrizes para os investimentos no setor.

[...] a descentralização é uma forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Isto faz com que o sistema de saúde se torne mais eficiente porque fica mais fácil resolver os problemas de saúde da população quando as soluções podem ser tomadas no próprio local onde o problema é identificado. (SANTA CATARINA, 2003, p.10).

A descentralização permite a participação da população nos Conselhos de Saúde, em nível nacional, estadual e municipal, reforçando assim, ações de controle sobre as políticas a serem desenvolvidas. É por meio dos conselhos de saúde que a população participa na definição, articulação do SUS.

A política de descentralização do SUS foi alterada no início de 1998, quando o governo Fernando Henrique Cardoso implementou uma nova Norma Operacional Básica, a NOB-96, revendo o processo de municipalização. A NOB-96 promoveu o fortalecimento do papel dos estados na coordenação dos programas vinculados ao SUS, revertendo o poder de gestão concedido aos municípios pela NOB-93. Também reorganizou o sistema, de modo a priorizar a atenção básica à saúde.

Se do lado da receita não tem havido incremento, a utilização dos recursos com a descentralização parece apontar uma perspectiva animadora, em particular com a proposta da nova NOB/96, que repassa fundo a fundo pelo menos os recursos para a assistência básica e aponta para a programação e controle mais efetivo dos gastos do setor, ao mesmo tempo em que possibilita que áreas como o controle de endemias, saneamento básico e vigilância sanitária, entre outras, possam ter seus recursos transferidos fundo a fundo em função de critérios técnicos, evitando as costumeiras ingerências políticas existentes nas relações convencionais entre os poderes públicos das diferentes esferas de governo. (COSTA, 2002, p.57).

Quanto ao financiamento do SUS, pode-se afirmar que os serviços oferecidos são custeados com recursos públicos, onde o Governo arrecada do povo impostos e contribuições que são destinados à Seguridade Social, ou seja, seus recursos também fazem parte do orçamento da seguridade social. O financiamento do SUS é tripartite: recursos do orçamento da seguridade social no âmbito federal e recursos dos orçamentos fiscais de estados e municípios. Segundo Costa (2002), a União destina muito pouco recurso de seu orçamento fiscal para a área de saúde.

Os recursos são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e fiscalizados por um órgão colegiado, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), do qual participam representantes do governo, usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Cada Estado e município deverá gerir os recursos recebidos, devendo os municípios prestar contas da aplicação aos estados e estes à União.

A forma de repasse financeiro depende da habilitação de cada um dos municípios que, a partir da NOB-96, dividiu-se em: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. Na gestão plena da atenção básica o município recebe diretamente o recurso correspondente à atenção básica, agora per capita e não mais por produção de serviços. As ações de saúde de média e alta complexidade e as internações hospitalares continuam a serem pagas por procedimento, como ocorre hoje. Na gestão plena do sistema municipal de saúde o município recebe todo o recurso financeiro do teto, que agora inclui, além da assistência as ações de vigilância sanitária e controle de doenças transmissíveis, e passa a pagar os prestadores de serviços de saúde, como já ocorre na gestão semiplena.

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) – e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados. (VASCONCELOS, 2002, p.79).

Segundo Costa (2000, p.41):

[...] a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são

exemplos à universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as condições existentes, dentre os quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a igualdade e a qualidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

Ainda no que se refere às avaliações realizadas sobre o SUS reitera-se a análise realizada por Oliveira (1991, p.75).

O Sistema de Saúde brasileiro tem-se mostrado por demais incompetente no trato das questões relativas ao setor, tanto externamente, porque não consegue dar conta satisfatoriamente dos problemas de saúde pública na sua totalidade ou parcialidade. E internamente, porque não consegue se adequar a realidades locais porque não possui dotação financeira suficiente para desenvolver programas de saúde específicos; porque não existe um serviço de acompanhamento, avaliação e controle das ações; pelo sucateamento dos equipamentos; pelo baixo nível de informação e participação da população; pelo próprio gerenciamento da política de recursos humanos para a área, e outros porquês [...].

Vasconcelos (2002), Costa (2000) e Oliveira (2001) ao analisarem o sistema de saúde brasileiro, possuem posições e idéias em comum, ambos apontam o problema do financiamento do sistema, com a conseqüente precarização dos serviços oferecidos.

Segundo, Mendes (1999), o que acontece é que os sistemas de saúde, fortemente influenciados pelo modelo médico hegemônico, têm sido altamente ineficientes, ao concentrarem seus gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde.

Na situação atual do SUS, os usuários, a princípio, contam com o acesso universal aos serviços de saúde, mas não com a qualidade dos serviços prestados. Então, faz-se necessário segundo Vasconcelos (2002, p.80) “uma reformulação objetivando a busca de qualidade dos serviços de saúde como direito universal”.

Além disso, a falta de profissionais com uma formação teórico-prática, ética e política de qualidade, dificulta ainda mais uma defesa eficiente da saúde pública e do projeto de Reforma Sanitária.

Há de se ressaltar que apesar de todos os aspectos legais em relação ao SUS, a situação está precária, pois o processo de funcionamento do mesmo apresenta-se ligado aos interesses das políticas de ajuste neoliberal, como a concentração de poder de alguns grupos da

sociedade, extensões dos controles da burocracia e privatizações dos serviços públicos de saúde.

Neste cenário, em que a lógica neoliberal impera, deve-se atentar ao corporativismo empresarial e profissional. “As corporações empresariais, expressas na “indústria da saúde”, os produtores de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos, e os prestadores, administradores e seguradores de saúde, tendem a pressionar o sistema para obter mais lucros, independentemente das necessidades sociais de saúde. (MENDES, 1999, p.25).

A crise econômica que atinge a saúde, assim como a seguridade social segue os princípios dos organismos financeiros como: Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL). Estes que incentivam a substituição de sistemas públicos por sistemas privados, procurando demonstrar assim, que os sistemas públicos de benefícios fracassaram.

Cabe, então, concluir que, nos anos 80, o modelo médico-assistencial-privatista foi substituído por um projeto neoliberal de saúde, ainda que, como projeto contra-hegemônico, conformasse o ideário da reforma sanitária e que boa parte de sua doutrina fosse incorporada ao arcabouço jurídico da legislação constitucional e infraconstitucional. (MENDES, 1993, p.79).

A dinâmica das políticas de saúde, ao longo da década de 1980 e 1990, permitiu crescente grau de universalização até sua consolidação na Constituição de 1988, garantindo-se a saúde como direito de todos e dever do Estado. Porém, esta universalização se deu de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços de saúde para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica. Um sistema de doença perversamente sem equidade e socialmente injusto.

Segundo Martins (2004, p.43) o processo de universalização é caracterizado como excludente, “pois os vários setores sociais incluindo a saúde, passam a sofrer racionamento de gastos, desta forma a saúde privada passa a ter uma maior clientela, que procuram o acesso que não encontram no SUS”.

A estruturação do SUS procurou ampliar os níveis de responsabilidade da gestão local e regional para solucionar, simultaneamente, questões referentes à melhora da eficácia do gasto público e à ampliação do acesso aos serviços.

A implantação do SUS, segundo Viana, Heimann e Dias (2002) teve como principal justificativa à necessidade de melhorar a oferta de serviços, os indicadores de saúde e as condições de acesso, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população brasileira, porém, conforme as autoras afirmam passados mais de dez anos após o início desse processo, verifica-se que o Brasil ainda apresenta padrões de morbidade e mortalidade precários.

A análise dos principais indicadores de saúde revela que ocorreram avanços significativos nesta área ao longo dos anos recentes. Apesar dessas melhorias, o quadro ainda não é completamente satisfatório quando inserido na perspectiva das desigualdades regionais. Problemas que antes eram comuns a todas as regiões começaram a perder relativa importância nas áreas mais desenvolvidas do País, mantendo-se, no entanto, naqueles espaços geográficos onde o quadro de carências sociais é mais significativo. (IBGE, 2003, p.6).

Tabela 3

Taxa de mortalidade infantil (por mil). Brasil e grandes regiões – 1991, 1996 e 1998.

<i>Região</i>	<i>1991</i>	<i>1996</i>	<i>1998</i>
Brasil	45,2	37,5	33,1
Norte	42,3	36,1	34,6
Nordeste	71,2	60,4	53,5
Sudeste	31,6	25,8	22,1
Sul	25,9	22,8	18,7
Centro-Oeste	29,7	25,8	25,5

Fonte: IBGE

Ao analisar a taxa de mortalidade infantil no Brasil e grandes regiões, percebe-se uma consistente tendência à redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos. Ainda assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte.

A estrutura de morbidade e o perfil de mortalidade sofreram substanciais transformações. As principais causas de morte, segundo Médici (2004) antes centradas nas chamadas doenças transmissíveis, hoje, com a urbanização acelerada, encontram-se entre as enfermidades crônico-degenerativas (problemas cardiovasculares e neoplasias) e nas causas externas, como os acidentes e homicídios, ambos provocados em grande parte pelo cotidiano das grandes cidades.

Isto não significa que as enfermidades transmissíveis tenham desaparecido. Elas continuam existindo, ainda que concentradas em determinados bolsões de pobreza rural e, em grande medida, associadas aos fluxos migratórios, notadamente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-oeste. O Nordeste, por exemplo, ainda apresenta altas taxas de mortalidade infantil, sobretudo em função do baixo estado nutricional de boa parte de crianças e recém-nascidos. O retorno de endemias antes erradicadas, como a cólera, e o surgimento de novas, como a Aids, marcam novas características de nosso perfil de doenças, exigindo novas formas de ação preventiva do governo.

As desigualdades em saúde referem-se às diferenças, em um sentido descritivo, nos níveis de saúde entre grupos socioeconômicos distintos. Os padrões diferenciados de morbidade e mortalidade em grupos populacionais são determinados por múltiplos aspectos: distribuição desigual dos fatores de exposição e do acesso a bens e serviços de saúde, fragilidade das estruturas sociais de apoio à saúde e insuficiência de investimento em políticas sociais, especialmente em sociedades com grande nível de concentração de renda e baixo nível de coesão social. Os determinantes demográficos e aqueles relacionados ao ambiente construído e ao hiper-adensamento populacional podem, ainda, agregar novos contornos à desigualdade em saúde nas populações urbanas. (DUARTE, E. C. et al., 2002, p.14).

A realidade sanitária brasileira revela padrões que mesclam distintas etapas do processo de transição epidemiológica, combinando a presença de doenças verificadas em sociedades pré-industriais, industriais e pós-industriais. Em parte, essa realidade é resultante da permanência de problemas de cobertura assistencial, financiamento setorial, resolutividade sistêmica e equidade no acesso e na utilização dos serviços.

A melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer ainda a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a prevenção e a promoção mas garantindo-se a integralidade e a intersetorialidade, construindo um sistema eficiente, moderno, acolhedor e humanizado, onde as ações estejam condicionadas ao compromisso com a qualidade de vida, dos indivíduos, da comunidade e do meio ambiente. (CHIORO; SCAFF, p.22).

O processo de implementação do SUS, no país, deve ainda percorrer um longo caminho para diminuição das iniquidades na saúde, e possibilitar, desse modo, a diminuição das desigualdades sociais.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades entendeu-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.12).

Dessa forma, é imprescindível que as organizações da sociedade civil se fortaleçam, para que seus segmentos tenham força e representatividade nos espaços institucionais a fim de defender o SUS e um Estado descentralizado e democratizado para enfrentar as causas e conseqüências das desigualdades sociais gerados também pelo sistema neoliberal.

2. A RELAÇÃO ENTRE POBREZA, SAÚDE E DOENÇA.

Assim como bem-estar significa mais do que riqueza, pobreza significa mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família. Sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas – como saúde frágil, baixa escolaridade, discriminação e marginalidade – também são indicadores de pobreza.

Segundo Sané (2003) devemos ter consciência de que a característica mais marcante de nossa civilização, num tempo em que ela se globaliza em torno da aspiração a uma prosperidade sem precedentes, é a persistência e até mesmo o agravamento da pobreza. O fato é opressivo: a pobreza afeta metade da população do mundo e vem se alastrando.

Este capítulo discorrerá sobre a pobreza enquanto expressão da questão social, e sua relação com o processo de saúde/doença. Procura-se neste capítulo fazer um resgate das várias concepções de pobreza, seus indicadores, bem como, de estudos e temas de debate existentes quando se aborda esta temática.

2.1 A pobreza como expressão da questão social: o debate contemporâneo

Desde o princípio do capitalismo a pobreza foi estigmatizada como uma situação degradante, “um fenômeno que afetava certos indivíduos que não desejavam ou não estavam em condições de integrar-se ao mercado de trabalho capitalista, sendo por isso, considerada como uma doença vergonhosa”. (GERMANO, 1998, p.30).

Romão (1993) discorre sobre o problema da conceituação da pobreza, para ele “poucos conceitos são tão difíceis de se definir como o de pobreza”.

Deve ela ser definida em termos absolutos ou relativos? Deve ser considerada como “juízo de valor?” É para ser estudada apenas do ponto de vista econômico ou os aspectos não-econômicos também precisam ser explicados? A pobreza deve ser compreendida em relação à estrutura sócio-política da sociedade de que faz parte ou vista independentemente dessa estrutura? Estas questões – e muitas outras poderiam ser lembradas – ilustram a complexidade de que está imbuído o conceito de pobreza. (ROMÃO, 1993, p.6).

Freitas (2004, p.38) resgata as várias concepções de pobreza e entre elas faz alusão a Escola da Cultura da Pobreza, que:

(...) aponta a emergência de certos traços de personalidade como reação a um estado de privação, traços esses que se perpetuam mediante o processo de socialização às gerações subseqüentes, persistindo mesmo depois de alterações objetivas nas circunstâncias econômicas e sociais. Considera-se que esse fato cria um círculo “vicioso” da pobreza, supostamente mais difícil de vencer do que a própria penúria econômica. O principal teórico da cultura da pobreza é Oscar Lewis e Sánchez.

Segundo Lewis (1965, apud GERMANO, 1998) a cultura da pobreza é caracterizada por uma falta de participação e integração efetiva dos pobres nas instituições sociais mais abrangentes da sociedade inclusiva; um mínimo de organizações que transcende o nível da família nuclear ou extensa; no plano das relações familiares, os principais traços seriam a ausência da infância enquanto um estágio prolongado e protegido do ciclo de vida, iniciação sexual precoce, uniões livres ou casamentos consensuais, uma incidência relativamente alta de abandono das esposas e filhos; no âmbito do indivíduo os principais traços são um forte sentimento de marginalidade, de desamparo, de dependência e inferioridade.

Fanfani (1991, apud GERMANO, 1998), aproximadamente três décadas após as publicações de Lewis, identificou nos Estados Unidos duas maneiras de conceituar e abordar a pobreza: a abordagem culturalista e a situacionista. Para a abordagem culturalista, a condição de pobre resulta do fato de compartilharem um conjunto de atitudes e valores comuns que os distinguem do resto da população. Então, o que define a pobreza é a existência de uma “cultura dos pobres”, caracterizada pela passividade, fatalismo, irracionalismo, desinteresse pelo trabalho, pelos valores familiares, inconstância e orientação centrada no presente. Sendo estes elementos a causa principal da pobreza e não a falta de renda ou de bem-estar.

No entanto, para Abranches, Santos e Coimbra (1987, p.16), o mito da “cultura dos pobres”, “desfaz-se, sempre, na dura frieza das evidências empíricas e históricas”.

Não melhoram porque as oportunidades para fazê-lo são menos acessíveis a eles pobres, e porque não lhes sobra tempo e espaço para acumular, ainda que gratuitamente, os recursos necessários para alcançar melhores condições de vida. Para sobreviver, consomem, mais horas trabalhando ou em busca de qualquer trabalho, horas que são subtraídas à educação, à busca de melhores opções de trabalho e renda, aos cuidados com a saúde, ao exercício da criatividade, à ação política e ao lazer. Forçados a tal sobrecarga, e de tantos modos desgastante, para a qual mobilizam toda a família – os adultos íntegros, os inválidos, os velhos e as crianças – são impotentes diante das

imposições da necessidade, que lhes retiram toda liberdade: não deixam escolha. (ABRANCHES; SANTOS; COIMBRA, 1987, p. 17).

Para os autores ser pobre significa consumir todas as energias disponíveis na luta contra a morte; não poder cuidar sequer da mínima persistência física, material.

Para o aporte situacionista, a pobreza é encarada como um fenômeno individual, onde não se têm pobreza e sim pobres, pessoas que não estão aptas para integrar-se ao mercado de trabalho. Tal concepção individualista da pobreza pode ser considerada, conforme afirma Germano (1998), reflexo da estigmatização da pobreza que surgiu com o capitalismo.

Freitas (2004) discorda desta denominação, para a autora o que existe são pessoas em situação de pobreza, ou seja, a situação não é algo interno ao ser, mas decorrente de fatores econômicos, sociais, políticos e culturais.

Mata (1979) identificou duas formas de conceituar a pobreza: a pobreza absoluta e a pobreza relativa. A pobreza absoluta diz respeito à noção de mínimo necessário à subsistência de uma família e consta de uma dieta básica, acrescida de outros gastos indispensáveis, tais como saúde, transporte e vestuário. O conceito de pobreza relativa considera explicitamente o padrão de vida atingido pela sociedade, “implicando portanto grande semelhança entre este conceito e o de desigualdade”.

Para Pereira (1996, p.60) a pobreza absoluta constitui-se numa categoria analítica que legítima, estimula e perpetua ações emergenciais ou de pronto atendimento, diferentemente da noção de pobreza relativa ou de desigualdade social, que requer estudos e pesquisas para informar as ações assistenciais, “assim como planejamento, sistematicidade, continuidade e previsibilidade na provisão de benefícios, serviços e direitos”.

Segundo Townsend (1970, apud FREITAS, 2004, p.45), a pobreza relativa está relacionada ao padrão de vida, às atividades e aos costumes observados em cada sociedade. Assim, as famílias ou indivíduos pobres são aqueles que vivem “abaixo de um nível mínimo de participação ou de emprego desse bens, serviços ou costumes”.

Já para Sané (2003, p.27):

Quando a pobreza é definida em termos relativos, ela, imediatamente, passa a ser infundável e incurável. Somos forçados, simultaneamente, a tolerar indefinidamente sua existência e a esgotar, em vão, incontáveis recursos na tentativa de minorá-la. Esse enfoque relativista em nada resulta, além de

determinar uma linha arbitrária para a definição da pobreza, a ser adotada como um horizonte artificial.

A pobreza, segundo Germano (1998), atualmente é considerada pelos críticos da sociedade como um conjunto de “massas exploradas”, “escórias da sociedade da abundância”, expressão de desigualdade social, como fato inerente ao capitalismo, como indivíduo excluído do processo de produção, como condição humilhante portadora de estigma.

No Brasil, as representações sobre a pobreza, especialmente no espaço urbano, apresentam “pontos de convergência com relação às imagens que, em geral, vêm sendo produzidas pelas visões dominantes no capitalismo” e ao mesmo tempo “têm igualmente, as marcas específicas da evolução histórica do país”. (GERMANO, 1998, p.32).

Conforme Valladares (1995), no Brasil a conceituação da pobreza percorre uma trajetória que vai da condição de vadio, na virada do século, para o de excluído, nos anos 90.

De acordo com a referida autora o pobre era identificado, no fim do século XIX, como vadio, que se recusava a vender a sua força de trabalho no mercado capitalista. Sua imagem era associada à ociosidade, vagabundagem, etc., a condição de pertencente a “classes perigosas”, “cuja inserção no tecido urbano se localizava no cortiço”.

Outro período estudado por Valladares (1995) foi das décadas 50 e 60. Período em que o processo de urbanização havia de intensificado, através do desenvolvimento do capitalismo, que ampliou o mercado de trabalho, mas ao mesmo tempo, marginalizou amplos segmentos da população. Deste modo, a definição de pobreza como recusa ao mercado de trabalho, e dos pobres como vadios foi substituída por uma conceituação econômica, onde a pobreza seria resultado de determinantes externos ao indivíduo, uma deficiência do mercado que tendia a incorporar mal os trabalhadores pobres, formando uma população subempregada, cujo lugar ocupado na cidade era a favela.

A partir dos anos 60, um outro termo foi introduzido para caracterizar os pobres, “população de baixa renda”. Nesse caso, pobreza é identificada com insuficiência de renda e como sinônimo de carência, que é definida como “situação em que o atendimento das necessidades biológicas e sociais do indivíduo ou das suas famílias está abaixo de um patamar mínimo” (VALLADARES, 1995, p.5).

Segundo Valladares (1995, p.2) nas décadas de 70, 80 e 90, ocorreu o apogeu e a crise do modelo de desenvolvimento adotado, a expansão progressiva da chamada economia

informal em paralelo a um processo acelerado de concentração de renda e de desigualdades sociais. A partir de então, o discurso econômico ganhou novas formas.

Com relação aos vários tipos de inserção no mercado de trabalho passam a ser consideradas categorias de trabalho (trabalhador do setor informal, trabalhador por conta própria, trabalhador assalariado, “trabalhadores pobres”). Desta forma, o trabalhador e o pobre já não se encontram mais tão distantes e opostos. Isto ocorre devido à degradação salarial ocorrida no período, em um contexto em que o trabalhador pobre, viu-se cada vez mais forçado a buscar estratégias de sobrevivência, que envolviam uma sobrecarga de trabalho, além de levar a mulheres, crianças em idade escolar e aposentados a trabalhar informalmente.

Uma outra mudança no tocante ao entendimento do que seria o papel social e político dos pobres urbanos, observa-se nos anos 80, a “periferização”, que segundo Valladares (1995) constitui uma nova territorialidade da pobreza, a “periferia”. Assim, o pobre passa a ser sinônimo de “morador de periferia”, este que por sua vez também passa a figurar como ator social que se incorpora às lutas pela democratização do país, pela conquista da cidadania e dos direitos sociais. “Falava-se, então, na força da periferia”. (GERMANO, 1998, p.34).

Na década de 1990 modifica-se, novamente, o discurso sobre a pobreza, que passa a ser tratada como “exclusão social”. A “exclusão” é, por conseguinte, a condição social da pobreza.

Configura-se, assim, uma situação cujos caminhos percorridos conhecem uma trajetória que, nas palavras de Viviane Forrester (1997:17), compreende o deslocamento de levas de homens “da exploração à exclusão, da exclusão à eliminação”. De igual modo, firma-se, em um novo contexto, a visão que identifica os pobres como “classes perigosas”. A pobreza, escreve Takeuti (1993:52), “suscita compaixão e complacência, mas ela é também associada à sujeira, a fedor, a feiúra, a grosseria, a negligência, a incultura, a violência, (...) e a morte. Em decorrência, as políticas sociais focalizadas na pobreza, em geral, são estigmatizantes, pois, à medida que delimitam quem é o “assistido”, induzem ao sentimento de vergonha de quem recebe a “ajuda” que, dessa forma, passa a se reconhecer como alguém que se situa na escala da degradação sendo portador, assim, da condição humilhante e do sentimento de inferioridade. (GERMANO, 1998, p.35).

Para Abranches; Santos; e Coimbra (1987) atualmente no Brasil convivem duas formas de pobreza. Sendo uma de natureza estrutural, mais arraigada e persistente, associada ao desdobramento histórico de nosso padrão de desenvolvimento; e outra, a pobreza cíclica, que

se agravou com a crise de desemprego, a queda da renda, sua concentração crescente e aceleração inflacionária.

Os Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB 2004 – BRASIL), partem do princípio que a proporção de pobres é um indicador socioeconômico, calculado pelo percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 5

Percentual da população em estado de pobreza, no Brasil e grandes regiões.

<i>Região</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
Brasil	38,5	38,2	29,4	28,5	28,9	27,9	29,2	29,0	30,0	31,1
Norte	46,3	44,4	33,2	33,7	35,0	35,2	35,6	34,9	37,9	39,3
Nordeste	59,3	60,6	51,8	50,9	52,8	50,4	51,7	50,9	52,7	54,1
Sudeste	26,8	27,1	17,4	16,6	16,2	15,9	17,0	17,8	18,7	19,8
Sul	29,8	26,8	20,8	19,7	20,1	19,5	20,9	19,1	18,9	18,6
Centro-Oeste	37,8	33,9	26,3	25,4	23,1	22,2	25,0	24,6	25,2	26,5

Fonte: IBGE/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNDA

Segundo Salama (1999), Destremau (1999) o Brasil é um país de caráter particularmente desigual, marcado por uma pobreza, cuja extensão e profundidade permanecem muito grandes, apesar de seu alto grau de industrialização. Estas características têm raízes antigas. A colonização, a submissão das populações indígenas, as formas tomadas pela imigração, voluntária e involuntárias (escravidão), explicam, em grande parte, tanto as desigualdades quanto a pobreza. A longa crise inflacionista dos anos 80 está na origem do aumento das desigualdades e da pobreza. A abertura da economia e a liberalização dos mercados suscitam evoluções contrastadas: pobreza e desigualdades diminuem, estabilizam-se e depois tendem a crescer; elas continuam significativas no norte e no nordeste do país, mas desde 1996 aumentam sensivelmente em certas regiões, como podemos observar na tabela acima.

Henriques (2003, p.63) afirma que a pobreza é a questão mais urgente que o Brasil necessita enfrentar: “Temos cerca de 55 milhões de brasileiros pobres, dos quais 24 milhões

estão na condição de extrema pobreza. Simplesmente 31% da população, um patamar estarrecedor, além de desnecessário, dada a riqueza do país”.

Além disso, deve-se observar que essa proporção de pobres pertence a um país cuja renda per capita não permite considerá-lo pobre. “Cerca de 77% da população mundial vive em países com renda per capita inferior à brasileira. O Brasil encontra-se, portanto, no mais rico do mundo.” (HENRIQUES, 2003, p. 63).

Cerca de 64% da renda total do país é controlada pelos 20% mais ricos da população, enquanto que os 20% mais pobres sobrevivem com 2,5% dela. (SILVA, 2003, p.57).

Em vista do atual quadro de pobreza e desigualdade no país, ressalta-se a importância de que esta temática necessita ser alvo de discussões mais frequentes, de modo que se torne um debate de toda sociedade.

2.2 O binômio saúde-pobreza

É notória a centralidade que o conceito "pobreza" passou a assumir desde início dos anos 1990, sobretudo em função de sua ampla utilização, tanto em relatórios de organismos internacionais quanto em documentos de formulação e avaliação de políticas públicas.

Para realizar uma comparação, entre os estudos que existem sobre saúde, pobreza, e sobre a relação entre saúde/pobreza, realizou-se uma pesquisa² no site Scielo³.

Sobre o tema saúde foram encontrados 7480 registros, que abordavam o tema de diversas formas como: saúde do trabalhador, políticas de saúde, SUS, doenças sexualmente transmissíveis (DST), saúde pública, aspectos biológicos e científicos da saúde, nutrição e saúde, e etc.

Quanto ao tema pobreza, foram encontrados apenas 45 registros, revelando a falta de estudos presentes sobre o tema, e demonstrando também, a disparidade entre um tema e outro, que muito tem a ver. Os trabalhos encontrados confirmam a análise de Freitas (2004). A autora afirma a existência de estudos que analisam a pobreza de diferentes formas: de acordo com as faixas etárias – crianças, jovens, adultos e idosos; pela relação entre pobreza e gênero; a partir de um recorte geográfico rural ou urbano; pela forma como esta se manifesta em

² A pesquisa foi realizada no dia 1 de março de 2006.

³ O Scielo é um site de navegação da Internet que contém artigos científicos de diversas revistas.

diferentes regiões do país; sobre a pobreza junto a determinados segmentos da população; pela relação entre as políticas sociais e seus impactos sobre a pobreza: previdência, trabalho e renda, assistência social, saúde.

Sobre a relação entre saúde e pobreza foram encontrados apenas 13 artigos. Estes que apontam para as diferentes formas que a pobreza se expressa na saúde das pessoas: homicídios, alcoolismo, tuberculose, DST, obesidade, hipertensão e dengue.

Sobre a relação estabelecida entre a relação entre saúde/doença e pobreza, Pereira (2003), afirma que os problemas de saúde, vistos do ângulo da Medicina Social (o que significa dizer do ângulo sócio-econômico), implicam num estudo das enfermidades tendo em conta a população, os grupos que a compõem, o sistema econômico e social.

Não se trata de estudar apenas a história natural da enfermidade num indivíduo, como faz o clínico, mas ter em conta os diferentes riscos a que estão expostos os vários grupos constitutivos da sociedade e por quê. A interpretação desses porquês exige que nos voltemos para as relações entre o meio ambiente e o homem, o meio e o agente e, sobretudo, para as relações entre os homens (o ambiente sócio-econômico-político-cultural). Um dos principais aspectos desse último ambiente decorre da diferente distribuição da riqueza entre os vários grupos, diferenças estas que estão ligadas à propriedade e não-propriedade, ao assalariamento, ocupação, possibilidade maior ou menor de conquistar prestígio e poder. Outros aspectos derivados seriam hábitos, costumes, situação de moradia, tipo de trabalho, lugar de residência, tipo e qualidade de alimentação etc. (PEREIRA, 2003, p.191).

Por esta lógica quando verificamos alguma relação significativa entre aspectos sócio-econômicos e a incidência-prevalência de uma enfermidade ou mortalidade por ela, temos que alterar os aspectos desse meio que estão contribuindo para o aumento dessas taxas. A dificuldade está em que, para alterar as influências sócio-culturais, econômicas etc. defronta-se com fortes resistências, sobretudo de natureza política e econômica, além de barreiras propriamente sociais e culturais. Aos médicos, individualmente e mesmo como classe, não cabe a tarefa de realizar mudanças societárias. Mas como grupo cômico de fatores extramédicos que estão afetando a saúde da população, ou parte dela, pode caber, pelo menos, a responsabilidade científica e social de chamar a atenção para tais fatores.

Embora, a medicina tenha avançado, admitindo teoricamente a saúde com determinantes econômicos, sociais, culturais e políticos, a prática médica ainda é restrita à assistência da doença. Desta forma, como afirma Malheiros [19??] restringindo a saúde à

assistência médica na doença, os demais profissionais que acompanham a prática médica vêm também seu objetivo ser desfigurado. No caso do Serviço Social exerce-se apenas uma prática assistencial.

Martin (1998, apud PEREIRA, 2003, p.193) elencou alguns fatores sociais que podem frequentemente relacionar-se com as enfermidades que assolam a população. Alguns deles dizem respeito a características culturais de grupos raciais, nacionais, religiosos e outros, como hábitos alimentares, educação, condição social dos sexos e dos diferentes grupos etários etc. É preciso dizer, porém, que muitos fatores que parecem estar relacionados a certos aspectos sócio-biológicos, podem derivar do fato de que o grupo é discriminado social, econômica, política e culturalmente pela sociedade inclusiva, como ocorre frequentemente com os negros em quase todos os países onde originalmente foram escravos, com certas nacionalidades e povos em países para onde migraram e exercem ocupações de baixo prestígio. Nestes casos, a característica que poderia ser tomada como causa é, na verdade, um efeito, como é o caso do baixo nível educacional e ocupacional encontrado entre muitos grupos discriminados.

Outros fatores sociais frequentemente relacionados ao fenômeno saúde-doença são ocupação, renda, escolaridade, hábitos de lazer etc., os quais, como os anteriores, dependem de como está estruturada a sociedade e a economia. Os mais significativos no entanto são os relacionados à distribuição da renda, dos meios de produção e trabalho existentes, da correlação de forças sóciopolíticas, da política econômica posta em prática, das relações (sobretudo econômicas) com o exterior, de processos socioeconômicos.

O estabelecimento dessas relações entre características sociais, econômicas, culturais, etc. e saúde e enfermidade, conforme afirma Pereira (2003) induz “ao conceito de enfermidade social”. Deste modo pode-se dizer que toda enfermidade é um fenômeno social porque tem componentes sociais que a originam, e conseqüências para a sociedade.

Segundo o autor pode-se observar que quaisquer melhorias nas condições gerais de vida fazem com que caiam os índices de morbidade e mortalidade, sobretudo entre as crianças, mais suscetíveis do que os adultos jovens à desnutrição e subnutrição.

Alguns trabalhos mostraram, por exemplo, como a queda dos níveis de salário mínimo é acompanhada por um avanço da mortalidade infantil. A desnutrição, decorrente fundamentalmente de como se estruturou o sistema sócio-político-

econômico entre nós, tornou-se fenômeno tão comum, em certas camadas da população brasileira, que é anormal encontrar-se nelas crianças sem nenhum grau de desnutrição. (PEREIRA, 2003, p.105).

O quadro da relação entre doença e miséria é agravado pelo fato de que, nos lugares onde moram pessoas pobres, normalmente não são encontrados serviços razoáveis de saneamento nem de assistência médica. As casas são pequenas e insalubres. O trabalho a que as pessoas se dedicam aumenta o risco que correm de se adoentarem. Isto faz com que se ampliem as diferenças no potencial das enfermidades. É maior a incidência e prevalência de doenças infecciosas agudas nesses meios. É evidente que a contínua exposição a condições de vida insalubres, sob quaisquer pontos de vista que examinemos a questão, mina a resistência das pessoas. A debilidade decorrente pode torná-las suscetíveis a outras enfermidades além daquela que as acometeu, abrindo também caminho para variadas complicações. Enfim, os pobres além de estarem muito mais expostos à doença, têm muito menos acesso aos benefícios da Medicina.

Outro fator limitante, em termos de saúde, para as camadas de baixa renda é representado pela impossibilidade de adquirir medicamentos caros ou simplesmente adquiri-los. Também o conhecimento dessas pessoas sobre o processo saúde-doença costuma ser precário. Ora, sabidamente, alguém que tenha melhor conhecimento das enfermidades, tem maiores possibilidades, em igualdade de condições sócio-econômicas, de procurar assistência médica no estágio inicial da doença. Em termos de população, esse conhecimento é de primordial importância. De fato, o desconhecimento do modo de atuar da enfermidade e dos efeitos que causa torna mais difícil a essa população, inclusive, melhor utilizar os serviços médicos disponíveis.

3 A INFLUÊNCIA DA CONDIÇÃO DE POBREZA NA SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1 Procedimentos de Pesquisa

Segundo Gil (1995, p.43), pesquisa pode ser definida como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, com o objetivo fundamental de descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

Assim, a pesquisa social pode ser explicada como o processo, que por meio da metodologia científica, permite novos conhecimentos da realidade social.

A presente pesquisa é exploratória, pois tem como objetivo desenvolver conceitos e idéias, pretendendo formular problemas e hipótese mais precisos a cerca da temática, para estudos posteriores.

Quanto ao delineamento da pesquisa, é uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir da análise de conteúdo de artigos científicos publicados na Revista Serviço Social e Sociedade, no período de 1988 a 2005, que abordem a temática saúde e pobreza. Foram selecionados para análise 15 artigos (APÊNDICE A) que possuíam em seus títulos as palavras saúde e/ou pobreza.

Segundo Pereira (1998, p.105), a análise de conteúdo tem a função de enriquecer a pesquisa exploratória aumentando a possibilidade de descoberta; bem como, visa a verificação de hipóteses, e intenciona “transformar fenômenos registrados “em bruto” em dados que possam ser tratados cientificamente, a fim de que o conhecimento sobre o objeto possa ser construído.”

A análise de conteúdo, assim como a pesquisa social, desenvolve-se, grosso modo, em três momentos, a saber, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e das interpretações. A técnica pode enriquecer a pesquisa nas três fases referidas.

As categorias a serem analisadas nos artigos são: a interface estabelecida entre pobreza/saúde (doença), suas concepções, e formas de enfrentamento.

A escolha da revista se justifica por ser esta uma revista de publicação de referência para os profissionais do Serviço Social no Brasil. O período escolhido se deve ao fato de que

foi a partir de 1988, data da Constituição Federal, que a saúde passou a ser compreendida de uma forma mais abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.

3.2 As concepções e a interface entre pobreza/saúde, e as formas de enfrentamento

A pesquisa, propriamente dita implicou na análise de 15 artigos. Destes 8 abordam a temática pobreza, e 7 abordam a temática saúde, entre estes últimos apenas 2 trazem uma concepção de saúde. Entre os autores que trazem uma concepção de saúde Costa (2000) afirma que a saúde é resultante das condições de vida – econômicas, sociais e culturais, Camilo (1999) na mesma vertente afirma que a partir da Constituição Federal de 1988 o processo saúde/doença passa a ser considerado a partir das determinações econômicas, sociais, prevendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Além disso, quatro artigos não explicitaram a concepção de saúde, mas trabalham com o conceito proposto pela reforma sanitária e definido na Constituição Federal de 1988, partindo do princípio de que este conceito é de amplo conhecimento. E, ainda, Quirino e Leite (2003) com uma visão reducionista tratam a questão da saúde, apenas como o fato de não estar doente.

Ao se trabalhar um texto com conceitos implícitos e subentendidos, emite-se para um conhecimento sobre os mesmos, situação que deveria ser evitada, pois o artigo da Revista tem se constituído em fonte de consulta por professores e acadêmicos, e mesmo parte do conteúdo de muitas disciplinas e produções do curso de Serviço Social.

Quanto à categoria “conceito de pobreza” apenas um dos oito artigos que tratam de pobreza, não trabalha com este conceito. A importância de se conceitualizar a pobreza pode ser explicada por Oyen (1992) citada por Freitas (2004, p.18), “a pobreza apresenta-se como propriedade emocional e ideológica de muitos grupos (políticos, mídia, pesquisadores, religiosos), porque as pessoas atuam como se fizessem parte de um vocabulário compartilhado quando, na verdade, não o são”.

Para Pino (1989) a pobreza é apontada como um problema que sempre existiu, mas que com o capitalismo e a urbanização, ganhou um novo significado que a burguesia percebeu

como um problema social, pois a pobreza constituía um componente da condição operária, e por representar um fator de desestabilidade da ordem econômico-social burguesa.

Nogueira (1991) faz uma reflexão acerca do aspecto conceitual da pobreza, a partir da sua representação na literatura existente.

A autora afirma que a pobreza vem, ao longo de séculos, sendo marcada pela intensidade e extensão de sua emergência, sobretudo nos países de capitalismo tardio, não obstante as políticas de bem-estar ou assistenciais implementadas pelo Estado, visando seu combate.

A pobreza apresenta características fenomenicamente ambíguas: ao mesmo tempo em que tem estimulado a intensificação do uso de mecanismos estatais para seu enfrentamento, tem, também, intensificado seu estado de deterioração e ampliado seu contingente populacional. (NOGUEIRA, 1991, p.102).

Nogueira (1991) aponta ainda como sendo um problema o fato de que a maioria dos conceitos privilegiam indicadores econômicos na demarcação dos limites da pobreza, e acabam não mensurando as necessidades não satisfeitas nem outros padrões que possam ser necessários para um nível de sobrevivência mais satisfatório. Encobrendo, assim, outros atributos e situações que podem ser fundamentais numa caracterização da pobreza.

A autora também ressalta a contribuição de Pe. Fernando Bastos de Ávila (1981, p.6-7 apud NOGUEIRA, 1991, p.105), que aponta para 3 conceitos o de pobreza, indigência e miséria.

Pobreza – é um estado habitual de privação de bens supérfluos, carência de bens necessários à condição e desempenho social e estrita suficiência dos bens necessários à subsistência.

Indigência – é um estado habitual de privação de bens supérfluos e dos bens necessários à condição social e insuficiência dos bens necessários à vida.

Miséria – é um estado habitual de carência tanto dos bens supérfluos e necessários à condição social, quanto de bens necessários à vida.

Bastos de Ávila (1981), também ressalta que, é comum em vez de se falar em pobreza, falar em população menos favorecida, e em povos em via de desenvolvimento, como se a pobreza, a indigência e a miséria fossem vias para alguma coisa.

Para Nogueira (1991) a definição da pobreza deve ir além de pesquisas estatísticas, pois a pobreza não é apenas uma categoria econômica, mas também uma categoria política.

A autora aponta como sendo muito importante a contribuição de Aldaíza Sposati, que em seu livro *Vida Urbana e Gestão da Pobreza*, afirma que a pobreza se expressa não só pela impossibilidade de suprir as condições mínimas de sobrevivência, mas também pela frustração de expectativas pela falta de acesso a certos privilégios que o modelo de produção de bens especiais geraram na população.

Dando relevância a dimensão não econômica de pobreza, aponta-se o estudo de Demo (1988), em que ele concebe a pobreza enquanto privação de cidadania, ou seja, é pobre também a pessoa que “vive em estado de manipulação, ou destituída da consciência de sua opressão, ou coibida de se organizar em defesa de seus direitos”. (DEMO, 1988, p.7). Assim, pobreza não é só fome, mas degradação, subserviência e humilhação.

Nogueira (1991, p.111) afirma que “o caminho percorrido, para a apreensão do nível conceitual da pobreza, mostrou nos ser a mesma um fenômeno social, historicamente determinado pelos componentes econômico e político”.

Carvalho (1994) no artigo “Assistência Social: uma política pública convocada e moldada para constituir-se em “governo paralelo da pobreza” afirma que são muitas representações sobre a pobreza que reivindicam intervenções diversas. Ela é apontada como sinônimo de instabilidade política; causa da criminalidade e aumento da violência; caminho do tráfico de drogas e da economia submersa; não só resultante mas culpada pelo agravamento da recessão; ameaça ao sistema produtor de mercadorias; um fenômeno impossível de erradicar. Essas representações acabam naturalizando a pobreza, como se os pobres fossem presença natural e insuprimível, mas desqualificada da sociedade humana e, para estes, impossível um tratamento igualitário e equitativo. Produzindo, assim, a indiferença que valiza qualquer proposta política de controle, disciplinamento dos pobres e minimização de suas mazelas.

A autora apresenta a pobreza como um fenômeno heterogêneo, multiforme, multidimensional, que atinge não apenas as clássicas camadas da população aprisionadas no círculo cumulativo de insuficiência/ausência de rendimentos, subnutrição, habitações degradadas, analfabetismo; atinge também outros segmentos da população, como jovens desempregados, idosos, migrantes, mesmo que nutridos e com escolaridade básica.

A pobreza é concebida não apenas como ausência ou precariedade de rendimentos, mas também ausência ou precariedade de usufruto de bens e serviços sócio-urbanos básicos (educação, saúde, habitação, cultura, saneamento, etc.). É também ausência de poder.

A pobreza é, um fenômeno estrutural que tende, na atual crise, a se expandir e se agudizar, tanto no Terceiro quanto no Primeiro Mundo.

Outro autor que resgata algumas concepções presentes na literatura é Germano (1998, p. 30).

Desde o início do capitalismo, portanto, o estigma da vagabundagem e da pobreza como situação degradante, notadamente do ponto de vista moral, faz parte do ideário acerca dos pobres. Nesse sentido, a pobreza é frequentemente considerada como sendo composta por “grupos perigosos”, o que induz as doutrinas da caridade e dividi-los em pobres “meritórios” e “indignos”.

A pobreza era vista, portanto, como um fenômeno que afetava certos indivíduos que não desejavam ou não estavam em condições de integrar-se ao mercado de trabalho capitalista, sendo, por isso, considerada como uma “doença vergonhosa”. Outras interpretações existem, como, por exemplo, dos economistas ingleses dos séculos XVIII e XIX (Smith, Ricardo, Malthus, Marx), que consideravam a pobreza como um preço a pagar pela evolução social ou, como assinala Marx, como um sintoma da ineficiência do capitalismo, ou seja, como algo inerente a esse modo de produção.

Germano cita também Fanfani (1991) que identificou dois aportes que embasam, por exemplo, os programas de luta contra a pobreza nos Estados Unidos: a abordagem “culturalista” e a alternativa denominada “situacionista”. Para o aporte “culturalista, a condição de pobre resulta do fato de eles compartilharem de um “conjunto de atitudes e valores comuns que os distinguem do resto da população”. De acordo com essa visão, o que define a pobreza é a existência de uma “cultura dos pobres” que se caracteriza pela passividade, fatalismo, irracionalismo, desinteresse pelo trabalho, pelos valores familiares, inconstância e orientação centrada no presente. Isto constitui a causa principal da pobreza e não falta de renda ou de bem-estar.

Para o aporte “situacionista” não existiria uma “cultura dos pobres”. Desse modo, suas condutas, como pobres, não estariam orientadas por uma série de valores internos. Elas seriam

resultado de um cálculo, de uma deliberação, portanto, de uma resposta “racional”, que os sujeitos fariam entre as alternativas de ação que lhes são oferecidas pelo lugar que ocupam na sociedade.

Esses enfoques iludem, evidentemente, uma explicação estrutural do fenômeno da pobreza, a qual é encarada como um fenômeno individual. Assim, para essas visões, não existiria pobreza, porém exclusivamente pobres. Trata-se de uma condição que decorreria de uma “essência”, expressa por “atitudes e valores” ou pelo emprego de “cálculo racional”.

Germano ressalta que a pobreza tem sido vista pelos críticos da sociedade como um conjunto de “massas exploradas”, “escórias da sociedade da abundância”, expressão de desigualdade social, como fato inerente ao capitalismo, como indivíduo excluído do processo de produção, como condição humilhante portadora de estigma, existindo ainda aqueles, como Fanon, que acreditam no caráter revolucionário dos “condenados da terra”.

Sposatti (2000) no artigo “Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo” afirma que é impossível na nossa realidade discutir pobreza fora dos marcos da desigualdade social, visto que esta é característica predominante no país. E traz em seu artigo conceitos de Martins (apud SPOSATTI, 2000, p.54):

Linha de indigência – a linha da fome, isto é, valor da renda mensal que cada pessoa necessita para alimentar-se, com base no mínimo calórico imprescindível para a sobrevivência.
 Linha de pobreza – isto é, o mínimo imprescindível para a alimentação e todas as outras necessidades pessoais básicas.

Soto (2003) a partir de uma abordagem marxista considera que a pobreza se explica entendendo a sociedade como um todo. Compreender a pobreza exige conhecer as condições materiais de existência dos homens, definindo os mesmos não como espectadores de sua história e sim como autores e atores de seu próprio drama.

Comprender la conceptualización de pobreza elaborada en la obra marxiana exige comprender las leyes generales sobre las que se asienta el régimen de acumulación capitalista. La ley absoluta de este sistema de producción de plusvalía, la obtención de ganancia. Junto con el aumento del capital, aumenta también la masa de pobres trabajadores, [...].(SOTO, 2003, p.11).

Deste modo, a pobreza do trabalhador se constitui conseqüência e condição necessária para a existência do regime capitalista. A pobreza, então pode ser entendida como base e fonte da sociedade capitalista, base determinante do processo de acumulação capitalista, estado de necessidade e situação de privação (necessidades básicas insatisfeitas).

O conceito de pobreza na teoria marxiana, diz respeito ao estado de privação dos membros da classe trabalhadora a partir da constatação da insatisfação das necessidades básicas e ao mesmo tempo a define como um “término relacional” (termo) que dá conta dos níveis antagônicos de desigualdade presentes (inerentes) a dinâmica da sociedade burguesa.

Alayón (2004), em “Pobreza, derechos humanos y política social” introduz um novo conceito, afirmando que a pobreza é a violação mais flagrante dos direitos humanos.

Através da análise percebeu-se que são poucas as produções que analisam estruturalmente a pobreza, suas causas e formas de enfrentamento. A leitura dos artigos suscita questionar: o que fazer para a ampliação de uma concepção que efetivamente instrumentalize os profissionais a terem uma posição mais qualificada em uma perspectiva interdisciplinar e interinstitucional?

Sobre a interface entre saúde/pobreza, dos 15 artigos, quatro fazem esta reflexão e um artigo apesar de não trazer esta interface relaciona os movimentos sociais e a questão da saúde, comprovando que existem estudos acerca da relação da saúde com outras questões sociais. Trata-se do estudo de Ribeiro (1989) sobre um movimento popular por melhores condições de saúde.

Pino (1989) estabelece esta relação quando afirma que a pobreza e a miséria têm como conseqüências seqüelas no campo da saúde, da alimentação, da habitação e da educação, que se alastram no corpo social como uma gangrena desagregadora dos seus tecidos, alcançando proporções inimagináveis mesmo naquela época.

Misoczky (1997), também reflete esta interface entre saúde e pobreza quando fala que as políticas nacionais de saúde planejadas para a população como um todo não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos, pois o impacto mais importante sobre a saúde/doença é carregado pelos grupos mais vulneráveis da sociedade, ou seja, a “população pobre”.

Nesta mesma lógica Camilo (1999, p.152) discorre:

Ao mesmo tempo em que o século XXI acena como uma esperança de um mundo melhor, com a revolução trazida pela informática, pela genética, pela engenharia molecular, velhos desafios ainda percorrem a vida em sociedade, como o fantasma do desemprego, a fome, a violência que perpassa o cotidiano. Estes problemas têm relação direta com o processo saúde/doença de uma população.

Ainda, Costa (2000) traça esta relação, na medida que aborda a necessidade do sistema de saúde articular-se com outras políticas que influenciam nas condições de vida da população.

O conjunto das mudanças implementadas pelo SUS não superou o modelo médico-hegemônico, uma vez que, para tanto, o sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação.

Essa capacidade de articulação é que permitiria a identificação e a produção de informações acerca da relação entre as condições de vida e de trabalho e o tipo de doença que estas produzem. Ou seja, recolocaria a saúde como problemática coletiva e participe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças.

Deve-se ressaltar a falta de reflexão acerca da interface entre saúde/pobreza. Apesar de muitos textos estarem baseados em um conceito amplo de saúde.

Quanto à categoria formas de enfrentamento dos 15 artigos analisados oito apontaram para diferentes formas combate à pobreza.

Pino (1989) realizou um resgate das formas de intervenção, enfrentamento da pobreza, desde as primeiras legislações sobre a pobreza no século XII, que mais do que eliminar a pobreza visavam eliminar ou confinar os pobres.

O autor faz uma crítica a todas instituições de confinamento dos séculos XVII e XVIII. O mesmo afirma que todas eram formadas por um conjunto heterogêneo de pessoas, de diferente idade e sexo e das mais variadas procedências e condições pessoais. Mas era comum que todas tratavam dos segmentos mais pobres da sociedade. Essas instituições constituíam uma resposta da nova sociedade burguesa em formação aos problemas socioeconômicos gerados pelo processo de industrialização: flutuação do mercado de trabalho, necessidade de mão-de-obra ociosa para controlar os preços e os lucros, perigos sociais do desemprego e da miséria e a necessidade de implantar uma nova ética de trabalho que garantisse a produção.

Pino (1989, p.150) trabalha em seu artigo, também, as práticas de internação, uma das modalidades da política de confinamento das classes populares, que visavam “isolar no corpo social aqueles que, em razão da sua condição de classe, constituem um elemento estranho e desestabilizador da ordem social burguesa”; procuravam “limitar os espaços de liberdade, de circulação e de ação dos indesejados”; buscavam moldar os indivíduos das zonas de alto risco segundo um modelo de cidadão criado pela burguesia.

O objetivo declarado das instituições de internação ou do zoneamento urbano, dito de educação e reintegração social ou de assistência pública, não contribui à aquisição e ao exercício da cidadania – objetivo da luta das classes populares – mas à transformação desses indivíduos “em sujeitos sociais, no sentido passivo do termo: assujeitados à ordem legal que sustenta a ordem social burguesa”.

Segundo conclusões do autor a internação e todas as outras formas de confinamento são medidas altamente nocivas para os indivíduos e para a sociedade, que devem ser eliminadas definitivamente. O autor sugere a eliminação da pobreza e não a criação de medidas de assistência aos pobres. Mas destaca que enquanto não for à concretização de tal medida, deve-se instaurar políticas sociais sérias e eficientes que visem reduzir os efeitos nefastos da pobreza e da miséria.

É necessário apontar soluções alternativas que a imaginação social deve explorar. Soluções que garantam reduzir os efeitos da pobreza, enquanto esta não for definitivamente eliminada, e que possibilitem um futuro menos sombrio para os atingidos por ela, de maneira a garantir-lhes o pleno exercício da cidadania. (Pino, 1989, p.156).

Observa-se que o autor aponta como alternativa para reduzir os efeitos da pobreza a exploração da imaginação social, deve-se refletir que esta é uma visão reducionista, à medida que entende que o enfrentamento se dá, sem que se discuta e busque alternativas estruturais para as causas da pobreza.

Nogueira (1991, p.101) sobre as formas de enfrentamento a pobreza expõe que:

Décadas e décadas já terminaram e delimitaram conjuntamente as políticas sociais como um mecanismo de enfrentamento das questões sociais. Decisões governamentais, definições de metas, elaboração e execução de programas e projetos sociais, lutas populares para manifestação de insatisfações, bem como resistência à situação de pobreza e conquista de direitos sociais têm

caracterizado avanços e retrocessos no enfrentamento da pobreza tanto por parte do estado quanto por parte da sociedade civil.

Para a autora os programas de combate à pobreza devem objetivar o combate não só a fome e demais necessidades mínimas de sobrevivência, mas também à falta de participação e de consciência crítica dos excluídos sociais.

Simionatto e Nogueira (1994) apontam o Serviço Social como um dos mecanismos de operacionalização das políticas sociais, que ocupa um lugar significativo na transformação de necessidades sociais em demandas. Nesse sentido, é relevante sua dimensão na erradicação da pobreza.

Deste modo, o profissional deve compreender os mecanismos estruturais e conjunturais da sociedade, das forças sociais que delineiam o perfil das políticas sociais públicas na realidade brasileira. Essa compreensão implica a articulação do movimento amplo da sociedade com as demandas locais, particulares, que configuram o cotidiano profissional. (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1994, p.56).

Carvalho (1994, p.86) em seu artigo aborda a Assistência Social como uma política pública convocada e moldada para constituir-se em governo paralelo da pobreza. “Com a expansão da pobreza a política de Assistência Social passa a ser requisitada a nível mundial”.

A autora afirma que Estado e capital utilizam políticas compensatórias, reintroduzem a política de Assistência Social como alternativa primeira no trato da pobreza, pois esta política mobiliza, na sua intervenção social, recursos estatais e, igualmente, os das redes de solidariedade familiar, comunitária e societal. De outro lado, sendo uma política que se destina tão-somente aos necessitados, pode-se, por meio dela, constituir-se um “governo paralelo da pobreza”, isto é, um governo sem compromisso de universalizar a proteção social e sem compromisso de garantir padrões de qualidade e de controle social.

A Assistência Social protagoniza uma diversidade de ações junto à pobreza: saúde, habitação, educação, saneamento, albergues, ajudas financeiras ou em espécie. É assim que a Assistência Social não apenas ofertou serviços/ações no vasto campo das necessidades sociais dos pobres e excluídos. Ela tem cumprido historicamente uma função processante da política social.

Carvalho (1994) aponta como uma tendência positiva da política de Assistência Social no trabalho com as famílias pobres, à priorização de benefícios em forma de renda mínima, e não mais a distribuição de benefícios em espécie (cesta básica, sopões populares, etc), pois estes sempre mantêm seus beneficiários na condição de tutelados e subalternizados.

Germano (1998) sobre as formas de enfrentamento da pobreza ressalta que as políticas para os pobres que existem quase sempre são tidas como um favor, um auxílio de quem outorga, e não um direito de quem recebe. Além disso, têm se revestido de intervenções pontuais, emergenciais, aleatórias, desarticuladas. Deve-se frisar que o que vigora nessas políticas sociais é um certo enfrentamento dos efeitos e não das causas da pobreza.

Num contexto onde governos proclamam o enfrentamento da pobreza, o autor afirma que a educação é apontada como um dos principais instrumentos de superação da miséria e do desemprego. O autor realiza uma análise de dois programas sociais/educacionais de enfrentamento da pobreza, implementados em momentos distintos, no Brasil, a partir dos anos 80: o Programa Nacional de Ações Sócio-Educativas e Culturais para as Populações Carentes Urbanas (PRODASEC) e o Programa Comunidade Solidária.

Ambos projetos estão apoiados na idéia de suprir necessidades básicas e admitem a importância da educação, sobretudo a primária, como o melhor caminho para aumentar os recursos dos pobres.

O PRODASEC foi criado em 1980, e em 1985 chegou ao fim por descaso administrativo, por insuficiência e mau uso dos recursos, pela inconsistência das ações que se restringiam a enfrentar os efeitos e não as causas da pobreza, pelo seu caráter estigmatizante, “uma educação para o pobre”, por legitimizar ações clientelistas e assistenciais de representantes do regime instalados em governos estaduais e prefeituras municipais.

O Programa Comunidade Solidária foi criado nos primeiros dias do governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995. Para Germano trata-se de um programa neo-assistencial e clientelístico, porque reedita a velha relação de tutela e encara as políticas sociais como favor, concedido pelo Estado, por alguma instituição beneficente ou por algum governante de plantão, e não como direito de cidadania. É uma política residual como afirma Titmuss (apud GERMANO, 1998, p.41), uma vez que independentemente do montante dos gastos, pelo seu conteúdo, procuram limitar a sua prática a grupos sociais considerados pobres e marginais.

Além disso, em 1996, ano de eleições o programa foi usado de forma clientelista e eleitoreira, principalmente na região Nordeste, “notadamente através da distribuição de cestas básicas”.

Deste modo, reafirma-se a face perversa da cultura política, que reedita constantemente o clientelismo, o assistencialismo, as políticas sociais estigmatizantes para os carentes, de caráter nitidamente residual.

Germano (1988) conclui, então, que os dois programas PRODASEC e Programa Comunidade Solidária reeditam de forma moderna e conservadora a antiga assistência aos pobres. Com isso reedita-se, uma vez mais, uma educação para os pobres”, uma “pobre educação”, uma educação sem cidadania, uma política social sem direitos sociais, o avesso da cidadania.

Paiva, Oliveira e Gomes (2000), trabalham no artigo inicialmente a posição do FMI diante do atual quadro de pobreza.

Anunciam-se tardias e vagas recomendações, funcionando como uma espécie de ‘ponta de lança’ das novas reflexões do FMI, que parecem não sensibilizar muitos os bancos e governos nacionais, como o do Brasil, na medida em que não foram alteradas as atuais bases de política econômica. Há que suspeitar de tal tática, que pretende imprimir ‘uma face humana’ no processo econômico global: em um momento em que o “Consenso de Washington” se mostra agonizante, se faz necessário então ouvir “o grito dos pobres”. (PAIVA, OLIVEIRA, GOMES, 2000, p.29).

Assim, o FMI lança uma nova agenda, conforme afirma o diretor do FMI Michel Camdessus: “A extensão da pobreza ainda presente ao final de um século de prosperidade é intolerável, e é claro que o grau de pobreza absoluta é absolutamente intolerável. Assim, é hora de dar uma resposta a ela” (Folha de São Paulo, 30/09/1999). É neste quadro que o FMI, ministros, parlamentares e personalidades políticas de diferentes espectros ideológicos se pronunciam nesta segunda metade de 1999 preocupados com a crise social que hoje se apresenta, o que tem mobilizado um significativo aporte de propostas, algumas bastante oportunas, outras nem tanto neste contexto de reforma tributária e previdenciária.

No Brasil, tem-se a instalação de uma Comissão Mista Especial, criada no âmbito do poder legislativo do Senado Federal, destinada “a estudar as causas estruturais e conjunturais das desigualdades sociais e apresentar soluções legislativas para erradicar a pobreza e marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”.

Nesta perspectiva, foi criada à Comissão de Combate a Pobreza, uma listagem inicial das proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional destinadas a minimizar as desigualdades sociais.

Paiva, Oliveira e Gomes (2000) refletem neste artigo sobre a proposta do Fundo de Combate a e de Erradicação da Pobreza, apresentada por Antonio Carlos Magalhães (ACM), na Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 0067/99.

O Fundo do Senador se propõe a reorientar um já precário e insuficiente volume de recursos, acrescido de equívocos objetivos e de impróprias estratégias de operacionalização. O Fundo de combate e de Erradicação da Pobreza apresenta o campo das políticas sociais públicas como simples programas de caráter comunitário, ou mesmo como ações suplementares, destituindo-as do seu caráter universal de conquista e avanço constitucional e de direito legal de cidadania.

Trata-se, portanto de uma Proposta de Emenda desprovida de conteúdos de uma política pública, e com a pretensão de gerir um fundo estimado em torno de R\$ 6 a 8 bilhões anuais, e que ainda apresenta um caráter centralizador, temporário e suplementar.

Tem-se então, um conjunto de propostas, um desvirtuamento das importantes medidas que devem ser engendradas nas políticas sociais de curto, médio e longo prazo, em associação com os mecanismos redistributivos de política econômica.

Sposatti (2000) também realiza uma crítica as medidas adotadas pelos governos para a erradicação da pobreza. A autora afirma que a introdução do tema erradicação da pobreza na agenda do Congresso Nacional pelos representantes do pensamento conservador brasileiro, sobretudo o senador ACM, configura o reconhecimento tardio de uma questão crucial à realidade brasileira: as superações das desigualdades sociais. E diante disso, ressalta que esse reconhecimento tardio precisa ser examinado criticamente, a fim de detectar o quanto de superação dessas desigualdades está sendo incorporada como responsabilidade pública pelos representantes conservadores e neoliberais.

A autora ainda afirma que qualquer um dos programas federais (do governo FHC) como renda mínima, convênios per capita em creches, Benefício de Prestação Continuada, cesta básica, frente de trabalho e, Bônus de Solidariedade, usam de benefícios extremamente restritos. Não se voltam a superar a pobreza, mas a tornar a miséria menos sofrível.

Alayón (2004) em termos mais conclusivos afirma que a luta contra a pobreza deveria constituir a grande causa nacional, já que a sociedade tende a esquecer o profundo significado da violência que carrega a pobreza. A realidade da pobreza é profundamente violatória e violenta.

Para o autor a superação da pobreza não é somente um problema ético, é também um problema político. Não se pode pretender a legitimação de um sistema democrático quando um amplo setor da população não se sente representado por o suposto interesse social, não se sente partícipe da construção desses interesses sociais.

Para enfrentar a problemática da pobreza se deve atacar simultaneamente várias frentes. Em primeiro lugar modificar o rumo das políticas econômicas que conduziram a até a atual situação social. Junto com isto, o caminho deve ser as políticas sociais universais que evitem cair na pobreza quando surgidos problemas de emprego. Também é indispensável à implementação de políticas de assistência dirigidas a tender as situações mais agudas da pobreza.

O autor também afirma que só a assistência não erradica a pobreza. A história da assistência social está historicamente ligada à problemática da pobreza, mas a pobreza não pertence ao campo da assistência social, e sim no campo da economia. A assistência social opera como instrumento mediador entre a economia e os efeitos e resultados dos modelos econômicos em vigência.

Percebe-se na análise destes artigos que há reflexões acerca da concepção de saúde, pobreza, da interface entre estas temáticas, e que muitos textos apontam para diferentes formas de enfrentamento a pobreza. Mas deve-se ressaltar que a maioria dessas reflexões não refletem sobre a presença do Assistente Social no enfrentamento à pobreza, apesar da Revista ser do Serviço Social.

Ainda há de se destacar, a partir de um levantamento inicial, que as temáticas saúde e pobreza ainda são pouco trabalhadas na Revista Serviço Social e Sociedade, pois foram encontrado 15 artigos sobre estas temáticas, numa totalidade de 18 anos (1988 à 2005), fazendo uma média de menos de um artigo por ano, num conjunto de aproximadamente 33 artigos por ano.

3.3 O Assistente Social como profissional de saúde e sua presença no combate à pobreza e a garantia de direitos

A Constituição Federal, como mencionado anteriormente, considera o processo saúde/enfermidade a partir dos determinantes socioeconômicos e político, porém o papel do Estado está geralmente reduzido a uma preocupação central em ampliar o acesso aos serviços de saúde, na tentativa de prover a um número maior de pessoas um leque de opções. (GIOVANELLA e FLEURY 1995, apud CAMILO, 1999, p.154).

Segundo Costa (2000), o sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação. E essa capacidade de articulação é que permitiria a identificação e a produção de informações acerca da relação entre as condições de vida e de trabalho e o tipo de doença que estas produzem. Ou seja, recolocaria a saúde como problemática coletiva e participe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças.

Para que ocorra mudanças nessas políticas de saúde, para que estas levem em conta aspectos sociais, econômicos e políticos da saúde, é necessário que a elite dominante, mude também seus pensamentos, pois a implantação de novas políticas, o redirecionamento do processo de decisões políticas, segundo Santos (1987, p.61) depende de uma mudança no pensamento dessa elite⁴, bem como, depende também e sofre influência do fenômeno da escassez⁵. Essas mudanças podem ser frutos de processos naturais (população, urbanização e divisão social), do conhecimento social especializado, e de processos de mobilização da sociedade (sindicatos, associações, conselhos, movimentos sociais), e, além disso, assim como são influenciadas, também influenciam estes fatores.

⁴ Elite, de modo geral, pode ser considerado como um grupo dominante na sociedade. Especificamente, o conceito possui diversas definições. Para alguns autores, como Vilfredo Pareto, elite significa uma alternativa teórica ao conceito de classe dominante de Karl Marx.

Michels (1987 apud Santos 1979, p.53) considera a elite como um grupo de pessoas dotadas de acesso diferenciado a bens e valores, entre estes a própria perpetuação no exercício do poder.

⁵ O Fenômeno da Escassez é explicado por Santos (1987, p.55): “É sabido que os que tomam decisões devem escolher entre cursos de ação alternativos pressionados para uma quantidade de demandas que excede os meios disponíveis para atendê-las. O mundo econômico e social é o mundo da escassez (...)”. Cabe ressaltar que análises marxistas questionam se o que há é escassez ou má distribuição dos recursos existentes.

Greco (2004) nesta perspectiva de mudança afirma que:

(...) existem de fato condições para se lutar pela modificação do atual estado de pobreza e má distribuição de renda, pano de fundo para a disseminação de doenças. A oportunidade de ter acesso à saúde e educação digna, de envolvimento da sociedade civil e do enfrentamento da globalização neoliberal, é possível desde que nos organizemos como cidadãos. Entre os mecanismos viáveis para tal atuação está o envolvimento dos profissionais e da sociedade civil, atuando juntos nos Conselhos de Saúde e de Educação e participando nas decisões sobre o orçamento. Estes conselhos podem decidir, entre outras medidas, o incentivo às pesquisas éticas e relevantes, o acesso aos programas de imunização, a melhoria das condições de saneamento básico, a vigilância epidemiológica e o acesso à educação de qualidade para todos.

Tais políticas almejadas devem ter caráter universal e sempre levar em conta o conceito amplo de saúde. Essas políticas criadas para garantir a saúde, e/ou para o enfrentamento da pobreza, influenciam nas instituições onde estão inseridos os assistentes sociais, e estes por sua vez em seus eixos de trabalho devem agir em consonância com estas políticas e buscar meios de enfrentamento da pobreza.

A inserção do Assistente Social na área da saúde, segundo Nogueira (2005) “se inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital de Clínica da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943 sob a denominação de Serviço Social Médico, criado pelo Decreto-Lei n. 13.192”, porém este só foi reconhecido como profissional de saúde de nível superior em 1997, pela Resolução n.218, do Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde.

Conforme Lima (200?, p.3) o fazer profissional do Serviço Social tem como eixos norteadores: os processos políticos-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais.

Processos Políticos-Organizativos: podem ser definidos como uma área de trabalho dos assistentes sociais que têm como foco de intervenção a participação social, quer seja no associativismo civil, nos movimentos sociais e na esfera pública. Nele o trabalho profissional se desenvolve basicamente através de ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens como a grupal, a individual e a coletiva, utilizando-se de diferentes instrumentos técnico operativos.

Processos de Planejamento e Gestão: a intervenção consiste no desenvolvimento de ações de assessoria, consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas para a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para gestão e capacitação de recursos

humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços.

Processos Sócio-Assistenciais: a intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este eixo quatro categorias de ações: sócio-educativas; sócio-emergenciais; sócio-emergenciais; sócio-terapêuticas; e periciais.

Contudo, segundo Freitas (2006), a partir da pesquisa realizada identifica-se à necessidade de se incluir um quarto eixo norteador do fazer profissional: “Processos de Formação: de Ensino de Pesquisa e Extensão”.

Este eixo, segundo Freitas (2006), refere-se:

[...] à presença dos Assistentes Sociais na área de educação, e tem como foco de intervenção a formação em nível de graduação e pós-graduação, ocorrendo nos diferentes espaços: institutos, faculdades, universidades e mesmo cursos de iniciativas de órgãos como: Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), Conselho Federal de Serviço Social, Prefeituras, entre outros. Nele o trabalho do Assistente Social se desenvolve no âmbito da formação através de diferentes atividades desenvolvidas decorrentes da apreensão entre a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e que se manifesta através de sua presença como formador em sala de aula, conferências, palestras e publicações e também como profissional que socializa sua experiência através de suas produções teóricas e presença em eventos.

Ainda com relação ao fazer profissional Costa (2000) elencou como eixos de inserção do trabalho do Assistente Social na área da saúde: ações de caráter emergencial, educação e informação em saúde, planejamento e assessoria, e mobilização da comunidade. O conjunto dessas atividades, segundo Costa (2000), é operacionalizado por meio de “núcleos de objetivação do trabalho do Assistente Social”, tais como: levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários; interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza sócio-educativa, como orientações e encaminhamentos individuais e coletivos; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial; desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e à comunidade de usuários.

Acredita-se que o Assistente Social que trabalha na área da saúde, deve sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, e de sua família, a fim de conhecer os fatores que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento.

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja o nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (VASCONCELOS, 2002, p.45)

Nesta perspectiva, pode-se resgatar a contribuição de Yamamoto (1997, p.72):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Diante dessas proposições, pode-se concluir que sendo o Assistente Social um profissional apto para trabalhar na área da saúde, e neste sentido comprometido com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, este pode e deve desencadear ou implementar mudanças internas, bem como externas que venham contribuir na garantia de direitos, bem como no enfrentamento à pobreza.

Segundo Simionatto e Nogueira (1994, p.56):

O Serviço Social, enquanto um dos mecanismos de operacionalização das políticas sociais, ocupa um lugar significativo na transformação de necessidades sociais em demandas. Nesse sentido, é relevante sua dimensão política buscando desvendar o feixe de relações que interferem nas decisões sobre as políticas sociais públicas, contribuindo para que suas ações não se esgotem na prestação dos serviços, mas sinalizem para seu aperfeiçoamento e atendimento efetivo dos interesses da população.

Cabe, portanto, segundo Souza (2003), aos profissionais do Serviço Social, que atuam junto às camadas subalternizadas da população, estritamente no que se refere à saúde, abrir espaços para a construção da subjetividade dos sujeitos, a fim de que eles possam decidir, compreender, e ter consciência de seus direitos, para modificarem suas condições de vida, sob novas formas de expressão social e politização do seu dia-a-dia.

Criar condições para que os subalternizados caminhem na direção de sua constituição como sujeitos, é uma das tarefas sócio-educativas e políticas dos Assistentes Sociais.

Enfim, deve-se atentar para o fato de que o combate à pobreza, não é transformar pessoas e comunidades em beneficiários passivos e permanentes de programas assistenciais. Enfrentar a pobreza implica em fortalecer as capacidades de pessoas e comunidades de satisfazer necessidades, resolver problemas e melhorar sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES

Estas considerações finais sintetizam reflexões delineadas no decorrer do trabalho, e apontam para possíveis estudos acerca da temática pesquisada.

Inicialmente deve se considera que a trajetória da saúde, no Brasil, mostra que, para ela chegar a ser um plano de direito universal dos cidadãos sob responsabilidade do Estado, devendo este desenvolver políticas visando à redução dos riscos de doenças, não foi uma conquista fácil; foi necessário que diferentes setores da sociedade civil se organizassem, para pôr um fim às formas excludentes e inoperantes de combate à doença que vigoravam no país.

Na Constituição Federal de 1988 estão incorporados direitos fundamentais à melhoria das condições de vida de cidadão, estes representam avanços e estão respaldados no movimento da Reforma Sanitária, que, por meio de uma longa e árdua luta, consagraram o direito à saúde como preceito constitucional.

Não obstante, outros avanços foram obtidos, como, por exemplo, a descentralização, que inscreve a participação da população como preceito básico na formulação execução da política de saúde. Nesse sentido, para se alcançar à meta de obter para todos os cidadãos um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, não se pode restringir a saúde simplesmente à ausência de doença, mas considerá-la como expressão de aspectos socioeconômicos e políticos.

O presente estudo nos permite afirmar que o processo saúde-doença não é um fenômeno exclusivamente biológico. É claro que se as doenças fossem apenas fenômenos biológicos, deveriam afetar em igual proporção a todos os indivíduos, porém sabe-se que há diferenças muito grandes quanto a isso, e que os indivíduos adoecem e morrem desigualmente; a classe social a que pertencem e o lugar em que residem determinam importantes diferenças na saúde das pessoas.

A ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequadas, cultura e lazer no cotidiano significam ausência de saúde. É a partir de um reconhecimento dos usuários como sujeitos de direitos, que eles constroem coletivamente as possibilidades de se organizarem como força de pressão na modificação de suas condições de vida, saúde e trabalho, buscando assim, assegurar seus direitos.

Assim, para que os Assistentes Sociais possam organizar e planejar suas ações de forma a interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença e no resgate da saúde como direito social, a prática do Serviço Social na Saúde em contraposição a ações assistencialistas e imediatas, exige uma série de requisitos: formação profissional continuada e de qualidade; compreensão do campo da Seguridade Social como direito; organização estratégica do Serviço Social e planejamento do trabalho profissional com base em estudos e pesquisas; democratização de informações e conhecimentos necessários a este processo; fortalecimento e reconhecimento dos espaços de participação, controle e/ou gestão, fazendo dos espaços na área da saúde espaços de promoção e proteção da saúde. (VASCONCELOS, 2002, p.520)

Sugere-se ainda, aos Assistentes Sociais que atuam em instituições hospitalares, centros de saúde, ambulatórios, que as demandas individuais e institucionais sejam o ponto de partida na operacionalização ao acesso da população a serviços que lhe são essenciais, reforçando-se assim a formação de uma consciência do coletivo.

É evidente a centralidade que o conceito "pobreza" passou a assumir desde início dos anos 1990, mas ainda faz-se necessário ampliar o debate sobre a pobreza, suas causas e formas de enfrentamento, especificamente no que se refere ao binômio saúde/pobreza é notório que esta relação tem sido pouco abordada; fazendo-se, portanto, necessário incentivar a presença desta questão nos currículos de Graduação e Pós-Graduação dos cursos de Serviço Social, nas produções teóricas, assim como em eventos da categoria e áreas afins.

Diante disso, ainda se faz necessário construir um debate teórico com clareza quanto ao uso dos principais conceitos e níveis de análise envolvidos na problemática da pobreza; contribuindo, assim, para uma melhor especificação das variáveis envolvidas nesses estudos, bem como de suas causas, o que possivelmente favorecerá a realização de estudos que possibilitarão o melhor conhecimento das formas de produção, redução ou eliminação da pobreza.

A pesquisa teve como questão norteadora se as publicações da Revista Serviço Social traziam concepções de pobreza e saúde, se estabeleciam uma interface entre estas, e se apresentavam formas de enfrentamento à pobreza. Sua realização nos permite dizer que os artigos trazem algumas concepções de saúde e pobreza, mas percebe-se, também uma heterogeneidade nestas. Quanto à interface entre saúde e pobreza, poucos artigos trazem uma

reflexão acerca desta relação. Encontram-se, também, nos artigos diferentes formas de enfrentamento à pobreza. O que há de se ressaltar é a ausência de uma reflexão acerca da presença do Assistente Social nas formas de enfrentamento da pobreza propostas nos artigos analisados.

Embora não tenhamos a pretensão de dar resposta ao nível do que cada Assistente Social deve ou não fazer, evidentemente existem algumas coisas que temos de realizar urgentemente enquanto categoria profissional e enquanto cientistas sociais.

O Assistente Social enquanto profissional da área da saúde, deve somar seus esforços para recuperar a unidade existente entre renda, nível de vida e saúde estabelecendo em sua prática essa relação; recuperar e ampliar cada vez mais o conceito de saúde que deve nos dirigir à condição de completo bem-estar físico-social e mental.

Cabe, portanto, ao profissional do Serviço Social criar condições para que as pessoas e comunidades em situação de pobreza caminhem na direção de sua constituição como sujeitos, fortalecendo assim, suas capacidades de satisfazer necessidades, resolver problemas e melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALAYÓN, Norberto. Pobreza, derechos humanos y política social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXV, n.77, p.108-120, mar. 2004.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORD, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M.F. & ALMEIDA, E.S. (org.). **Gestão de Serviços de Saúde Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições Técnicas, 2004.
- CAMILO, Maria Virginia R. Fernandes. Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XX, n.59, p. 152-164, mar. 1999.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Assistência Social: uma política pública convocada e moldada para constituir-se em “governo paralelo da pobreza”. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XV, n.46, p.86-103, dez. 1994.
- CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **Saúde e Cidadania: A implantação do Sistema Único de Saúde**. [S.l.; s.n], [1997?]
- COELHO, E.B.S.; WESTRUPP, M.H.B.;VERDI, M. **Da Velha a Nova República: a evolução das políticas de saúde no Brasil**. Material didático. Florianópolis: [s.n], 1996.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes Sociais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXI, n. 62, mar. 2000.
- COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociologia Política** n.18, Jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 4 out. 2005.
- DUARTE, E.C. et al. Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. **Revista Panamericana de Salud Publica**: Washington, v.12, n.6, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 4 fev. 2005.
- FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli de. **A Política de Combate à Pobreza e as Agências Multilaterais: um estudo comparativo entre o Brasil e o México**. Tese de Doutorado. UFSC, 2004.

FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli de. **Depoimento**. [29 mar. 2006]. Entrevistadora: Joana Demoliner. Florianópolis, 2006.

GERMANO, José Willington. Pobreza e educação: o avesso da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XIX, n. 57, jul.1998.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRECO, Dirceu B. **Ética, Saúde e Pobreza: as doenças emergentes no século XXI**. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 03 mar. 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, 1997.

HENRIQUES, Ricardo. Desnaturalizar a desigualdade e erradicar a pobreza no Brasil. In: WERTHEIN, J.; NOLETO, M.J.(org.). **Pobreza e desigualdade no Brasil**. Brasília: Unesco. 2003

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2002. **Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica**. Rio de Janeiro: IBGE, n.11, 2003.

JORGE, Elias A. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **A Intervenção Profissional do Serviço Social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas**. Florianópolis, [200?].

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – Anos 80. In: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário**. Brasília, 1995.

MALHEIROS, Pedro. O Serviço Social e a política Nacional de Saúde. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, [19??].

MARTINS, Elizângela. **A Política de Saúde e o Serviço Social: contribuição teórica para a intervenção interdisciplinar junto a pacientes com neoplasia maligna**. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis. UFSC, 2004.

MATA, Milton da. **Concentração de renda, desemprego e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 1979.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, p.85-116, jul. 2003.

MÉDICI, André Cezar. **Saúde: indicadores básicos e políticas governamentais**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude>>. Acesso em: 2 fev. 2006.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A Saúde em Estado de Choque**. [S.l.]: Fase, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Documento preliminar para discussão. Brasília, maio. 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 2 fev. 2006

MISOCZKY, Maria Ceci. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XVIII, n.55, p.131-141, nov. 1997.

MORETTO, S. **O processo de intervenção do serviço social na pediatria do hospital universitário e a política de saúde e assistência social no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso. UFSC, 1999.

NOGUEIRA, M. V. L. Uma representação conceitual da pobreza. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XII, n.36, p.101-113, ago. 1991.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O Serviço Social na Área da Saúde. **Cartilha Desigualdade se Combate com Direitos**. Florianópolis: CRESS – 12ª Região, 2005.

OLIVEIRA, Raimundo Nonato da Cruz. O espaço público sócio-político da educação em Saúde Pública. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XII, n.36, ago. 1991.

OMETTO, A. M. H.; FURTUOSO, M. C. O.; SILVA, M. V. da. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.29, n.5, out. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 4 fev. 2005.

PAIVA, Beatriz Augusto; OLIVEIRA, Maria Norma de; GOMES, Ana Ligia. Medidas de combate à pobreza: a propósito das iniciativas legislativa do senador ACM. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXI, n.63, p.27-44, jul. 2000.

PEREIRA, José Carlos de Medeiros. **Medicina, saúde e sociedade**. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.

PEREIRA, Luiza Helena. Análise de conteúdo: um approach do social. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Org.). Pesquisa social empírica: métodos e técnicas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v.9, p.87 – 114, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil.** Brasília: Thesaurus, 1996.

PINTO, Angel. Política de promoção social e exercício da cidadania – uma crítica às práticas de confinamento da pobreza. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano X, n.31, p.141-159, dez.1989.

QUIRINO, José F., LEITE, Ângela L. Scatigno. Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, p.5-29, jul. 2003.

RIBEIRO, Lucia. Como pensar os movimentos de saúde? **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano X, n.29, p.5-14, abr. 1989.

ROMÃO, Maurício Costa. Pobreza: Conceito e Mensuração. **Cadernos de Economia.** Rio de Janeiro: PNPE, n.13, fev. 1993.

SALAMA, Pierre; DESTREMAU, Blandine. **O tamanho da pobreza: economia política da distribuição de renda.** Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

SANÉ, Pierre. Pobreza, a próxima fronteira na luta pelos direitos humanos. In: WERTHEIN, J.; NOLETO, M.J.(org.). **Pobreza e desigualdade no Brasil.** Brasília: Unesco. 2003

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **SUS: Legislação Básica.** Florianópolis, 2003.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: A Política Social na Ordem Brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 2.ed., 1987.

SCHERER, Elenise F. Classes Populares e Ampliação da Cidadania. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1987.

SIMIONATTO, Ivete & Nogueira, Vera. Políticas de saúde – do projeto formal à prática concreta. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano XV, n.44, p.53-60, abr. 1994.

SOTO, Silvia Fernandez. El concepto de pobreza em la teoria marxista. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.73, p.5-21, mar. de 2003.

SOTO, Willian Héctor Gómez. A análise do discurso nas ciências sociais. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Org.). Pesquisa social empírica: métodos e técnicas. **Cadernos de Sociologia.** Porto Alegre, v.9, 1998.

SPOSATTI, Aldaíza. Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano XXI, n.63, p.45-61, jul. 2000.

VALLADARES, Lícia. **Representações da pobreza no Brasil urbano: da vadiagem à exclusão social.** Natal, 1995.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias de. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18, p.139-151. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 4 out. 2005.

APÊNDICE A

Levantamento de edições de revistas Serviço Social e Sociedade que abordam as temáticas de pobreza e saúde, entre 1988 e 2005.

1. RIBEIRO, Lucia. Como pensar os movimentos de saúde? **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano X, n.29, p.5-14, abr. 1989.
2. PINTO, Angel. Política de promoção social e exercício da cidadania – uma crítica às práticas de confinamento da pobreza. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano X, n.31, p.141-159, dez.1989.
3. NOGUEIRA, M. V. L.Uma representação conceitual da pobreza. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XII, n.36, p.101-113, ago. 1991.
4. SIMIONATTO, Ivete & Nogueira, Vera. Políticas de saúde – do projeto formal à prática concreta. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XV, n.44, p.53-60, abr. 1994.
5. CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Assistência Social: uma política pública convocada e moldada para constituir-se em “governo paralelo da pobreza”. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XV, n.46, p.86-103, dez. 1994.
6. MISOCZKY, Maria Ceci. Equidade em saúde: uma revisão conceitual. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XVIII, n.55, p.131-141, nov. 1997.
7. GERMANO, José Willington. Pobreza e educação: o avesso da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XIX, n. 57, p.28-50, jul.1998.
8. CAMILO, Maria Virginia R. Fernandes. Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XX, n.59, p. 152-164, mar. 1999.
9. COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos Assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXI, n.62, p.35-71, mar. de 2000.
10. PAIVA, Beatriz Augusto; OLIVEIRA, Maria Norma de; GOMES, Ana Ligia. Medidas de combate à pobreza: a propósito das iniciativas legislativa do senador ACM. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXI, n.63, p.27-44, jul. 2000.
11. SPOSATTI, Aldaíza. Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXI, n.63, p.45-61, jul. 2000.
12. SOTO, Silvia Fernandez. El concepto de pobreza em la teoria marxista. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.73, p.5-21, mar. de 2003.
13. QUIRINO, José F., LEITE, Ângela L. Scatigno. Aspectos socioculturais de um modo de adoecer: a somatização. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, p.5-29, jul. 2003.

14. MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, p.85-116, jul. 2003.

15. ALAYÓN, Norberto. Pobreza, derechos humanos y política social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXV, n.77, p.108-120, mar. 2004.