

**A Reprodução Social da Saúde: referências ao processo de trabalho em
Serviço Social em uma residência integrada em saúde^{*o}**
(The Social reproduction of health: references to the work process in Social
Work in an integrated residence in health)

Marisa Camargo^{**}

Resumo – O presente artigo tem o objetivo de discutir as questões relacionadas à saúde e à pobreza, utilizando dados da pesquisa de natureza quantitativa e interdisciplinar, envolvendo profissionais das áreas de Serviço Social e Nutrição. Foi realizada durante a formação em serviço social, na Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva, na condição de Residente de Serviço Social do Centro de Saúde-Escola Murialdo – pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS.

Palavras chave – Saúde. Serviço Social. Pobreza.

Abstract – The present article has the objective to argue on questions related to the health and the poverty, using given of the research of quantitative nature and to interdisciplinar, involving professional of the areas of Social Work and Nutrition, carried through during the formation in service in the Residence in Primary Care in Collective Health, in the condition of Resident of Social Work of the Center of Murialdo Health-School for the Program of Residence Integrated in Health of the School of Public/RS Health.

Key words – Health. Social Work. Poverty.

Introdução

Historicamente as ações em saúde foram centradas na doença, havendo dois focos principais para os quais eram direcionadas as ações: o tratamento e a cura. Atualmente, o delineamento dos indicadores de saúde das populações, monitorados dentre outros dispositivos através das estratégias de vigilância em saúde, tem orientado ações que apontam

* Aperfeiçoamento em Atenção Básica em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS, com concessão de bolsa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS, com o objetivo de formar profissionais capacitados para atuar no Sistema Único de Saúde – SUS. Na formação em serviço junto à atenção básica, o Residente de Serviço Social integra equipes multiprofissionais compostas de Residentes e Supervisores das áreas: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e, mais recentemente, de Fisioterapia.

^o Artigo recebido em 30.03.2007. Aprovado em 29.06.2007.

** Mestranda em Serviço Social pela PUCRS, Porto Alegre/RS - Brasil, bolsista do CNPQ e Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI. E-mail: marisacamargo_eu@hotmail.com. Assistente Social. Aperfeiçoamento especializado em Atenção Básica em Saúde Coletiva pelo Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS.

para a importância da focalização em intervenções preventivas a partir de um conceito ampliado de saúde.

O desenvolvimento tem sido marcado por desigualdades históricas produzidas no sistema produtivo capitalista, onde se persegue o objetivo de melhorar as condições de vida e sobrepor-se à injustiça e às desigualdades sociais. Como potente resultante do dinamismo social, o padrão de saúde é também formado e informa o conjunto de crenças e valores que igualmente impulsionam ou emperram as conquistas coletivas. Falar em atenção integral à saúde significa apreender o conjunto de ações exercidas em interlocuções individuais e coletivas que visam contribuir para maior desenvolvimento social, de modo que a saúde transcenda o conceito “ausência de doença” e passe a ser concebida a partir de um conceito ampliado.

A reprodução social da saúde trata de um tema que tem sido abordado sob diferentes bases teórico-conceituais. As concepções e categorias gerais da saúde coletiva apontam que o objeto de suas práticas deva ser o coletivo, historicamente dinâmico e contraditório, constitutivamente heterogêneo e determinado pelas suas características sociais, cujo processo saúde-doença é também produto do processo da reprodução da vida social.

O processo de produção em saúde – articulação social dos diferentes processos de trabalho nesse campo, tem como finalidade responder às necessidades sociais da saúde. Necessidades de saúde são necessidades de reprodução social, dadas nas diversas realidades sociais em que estão inseridos os sujeitos.

Nesse contexto, enquanto trabalhador também inscrito no campo interdisciplinar da saúde e tendo como objeto de trabalho a questão social, o Assistente Social operacionaliza seu trabalho intervindo nas contradições resultantes das desigualdades e resistências sociais que se produzem no cotidiano do ser social, e que, direta ou indiretamente, influenciam nas suas condições de vida e saúde. Para tanto, compromete sua competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, na busca pela garantia e efetivação do acesso a direitos sociais.

1 Relação entre saúde e questão social

A realidade brasileira aponta para um país com dimensões geográficas e características regionais variadas, onde há uma tradução de indicadores socioeconômicos e de saúde em realidades constituídas de inúmeras particularidades. Mesclam-se territórios marcados por índices de desenvolvimento dignos de países desenvolvidos e outros com condições

semelhantes às de países historicamente assolados pela escassez dos diversos tipos de recursos. Expressa também as condições a que são submetidos os grupos sociais e o grau de flexibilidade de que eles dispõem para se adaptarem às restrições econômicas, atuando de forma diferenciada sobre o processo saúde-doença.

A contextualização social da saúde deve ser entendida a partir da contextualização da questão social – desigualdades e resistências sociais que contraditoriamente convivem nas relações do processo de produção capitalista e da apropriação do produto deste trabalho. O conceito de desigualdade referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social estando perpassado pela necessidade de acesso ao sistema produtivo, entendendo o caráter útil da categoria trabalho – indispensável à sociabilidade humana.

Conforme Lessa (1999, p. 26), é na esfera da reprodução social que “as novas necessidades e possibilidades geradas pelo trabalho vão dar origem a novas relações sociais que se organizam sob a forma de complexos sociais”.¹ Necessidades de saúde são necessidades de reprodução social, dadas nas diversas realidades sociais em que estão inseridos os sujeitos. Num conceito ampliado, as necessidades de saúde dependem da atenção integral ao ser social, numa perspectiva de intersectorialidade.

Conforme Bulla (2003, p. 12), o conceito de questão social do documento da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS e Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social – CEDEPSS, elaborado em 1996, refere que a mesma deve ser “entendida no âmbito da produção e reprodução da vida que tem no trabalho o seu elemento fundante”. A gênese dos problemas de saúde está também diretamente relacionada à noção de cidadania construída em cada realidade social, na qual se delimitam direitos individuais e coletivos.

Os processos de trabalho do Serviço Social nesse espaço têm como eixo principal as interfaces da questão social com a saúde, orientada nos cuidados básicos, com ênfase na atenção primária, a partir da percepção de que as condições sociais de vida dos sujeitos são fatores determinantes de sua saúde. Trabalha através de processos socioeducativos com vistas à integralidade e à viabilização da garantia de acesso a direitos sociais. Para Starfield (2002), a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde, que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual através da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação continuada.

¹ “Complexo social é o conjunto de relações sociais que se distingue das outras relações pela função social que exercem no processo reprodutivo” (Lessa, 1999, p. 25).

Destarte, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da apropriação de categorias dialéticas como a historicidade, a totalidade e a contradição que se interconectam no cotidiano das relações sociais, o Serviço Social vem desenvolvendo processos de trabalho viabilizadores da promoção da saúde coletiva. Para isso, atenta-se à expressão da população usuária nos seus espaços de articulação, de lutas contra-hegemônicas, de efetivação dos direitos sociais e as contradições que nelas interferem e delas são produzidas.

O Assistente Social compõe o quadro de profissionais potencialmente habilitados para atuar nos determinantes sociais que afetam a saúde, em consonância com os programas de atenção desenvolvidos pelos serviços equivalentes. Determinantes sociais de saúde são as características sociais a partir das quais a vida transcorre, ou seja, as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Promove saúde, desenvolvendo seus processos de trabalho com vistas a contribuir com os programas e buscando entender as questões colocadas, como reflexo das relações humanas na sua totalidade.

Segundo Iamamoto (2001, p. 70), “essa discussão sobre os processos de trabalho no Serviço Social gera indagações importantes que ajudam a pensar, a ampliar uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu trabalho”. Refletir sobre os processos de trabalho realizados no âmbito da saúde, junto às equipes multidisciplinares e interdisciplinares, permitirá ao Serviço Social apreender melhor seu objeto, os meios e os produtos nessa intervenção. Além de situar as transformações provenientes da reestruturação produtiva, reformas do Estado e ação das classes sociais vivenciadas pelo profissional com essa formação e as contribuições da ação profissional nesse espaço socioocupacional integrado pelos diversos processos de trabalho em saúde.

Apesar dos avanços da política de saúde, o país tem um importante segmento de pessoas que se encontra excluído de cuidados básicos de saúde. Enquanto isso, a população assistida é submetida à desigualdade na qualidade da atenção, variando de região para região, levando-se em conta principalmente o processo de territorialização da saúde, composição e formação dos recursos humanos profissionais.

Por isso, na afirmação de Iamamoto, a opção pelos processos de trabalho do Serviço Social permite

ultrapassar aquela visão isolada da prática do assistente social como atividade individual do sujeito, ampliando sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho, (dessa prática) e lhe atribui características particulares. Parece ser um

caminho fértil para o enriquecimento do debate sobre o exercício profissional (Iamamoto, 2001, p. 70).

Trata-se, portanto, de reconhecer o Serviço Social como uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, como especialização deste e da qual participam processos de trabalho. E é para esses processos de trabalho que são apresentados diversos desafios nesse espaço socioocupacional, quando o modelo de atenção à saúde brasileira continua excessivamente centrado na medicalização.² Deve buscar, portanto, fazer a diferença nesse campo, norteando seus processos de trabalho na busca pela garantia do acesso à saúde como direito social, com vistas à integralidade do ser social e numa perspectiva de intersetorialidade.

2 Pobreza e saúde: dados de pesquisa realizada durante a residência integrada em saúde³

A aproximação com a realidade da população residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde III do Centro de Saúde-Escola Murialdo,⁴ situada no Bairro Partenon, Zona Leste de Porto Alegre – RS, durante os processos de trabalho do Serviço Social na formação em Atenção Básica em Saúde Coletiva, pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS, despertou para a necessidade de aprofundar o conhecimento da realidade social de uma das áreas de risco existentes na comunidade.

Nos termos da saúde coletiva, a caracterização de um território como área de risco se refere ao espaço territorial onde há ausência de algum dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, dispostos no Artigo 3º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, a partir de uma perspectiva que inclui:

[...] Entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos

² “Ênfase na prática clínica, através de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública” (Bravo, 2000, p. 107).

³ Os dados aqui apresentados fazem parte dos resultados da pesquisa “Perfil socioeconômico e nutricional das famílias residentes numa área de risco da Unidade Básica de Saúde III”. A pesquisa realizou-se no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006, durante a formação na Residência Integrada em Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS, em conjunto com a Residente de Nutrição e sob orientação interdisciplinar de profissionais das áreas de Serviço Social e Nutrição.

⁴ O Centro de Saúde-Escola Murialdo atende uma população de aproximadamente 50.000 habitantes (IBGE, 2000). É composto por seis Unidades Básicas de Saúde – UBS, um Posto de Atendimento Continuado – PAC (terceiro turno de atendimento criado com o objetivo de atender especificamente àqueles trabalhadores que não puderam acessar a Unidade Básica de Saúde durante o dia) e uma Unidade Central de apoio administrativo e serviços especializados.

bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações [...] que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental (Brasil, 1990).

Áreas de risco são também entendidas como aquelas que, condicionadas por um conjunto de fatores sociais, influenciam de forma coibitiva na emancipação e no desenvolvimento humano. Refere-se, ainda, àqueles espaços territoriais insalubres, mais sujeitos às forças da natureza, pela ausência de saneamento básico e por representarem uma realidade social de negação de direitos sociais.

Na intencionalidade de dar caráter investigativo aos dados observados na dinâmica dos processos de trabalho da equipe de saúde nessa realidade social, no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006, realizou-se uma pesquisa numa das áreas de risco existentes na comunidade. Nesse estudo de natureza quantitativa e interdisciplinar, foram abordados noventa e três sujeitos, sendo vinte e quatro das trinta e uma famílias residentes naquela microárea.

Para Lefebvre⁵ (1991), somente a quantidade permite que nosso mundo qualitativo tenha estrutura definida, sem deixar de ser qualitativo. Nesse sentido, diz o autor:

No devir, a qualidade dura, se prolonga, se repete, conserva-se a mesma no curso de um crescimento quantitativo gradual. [...] Por conseguinte a quantidade introduz a continuidade concreta, a gradualidade. Mas introduz também a descontinuidade. O ser qualitativo considerado em sua relação com a quantidade, manifesta-se como uma unidade concreta, a unidade de vários instantes sucessivos, durante os quais a qualidade não se modifica (p.211).

Um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados foi o questionário⁶ da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)⁷ de Corrêa⁸ et al. (2004), composto de quinze questões fechadas que relacionavam a capacidade de a família obter os alimentos, consumo e

⁵ Apud PRATES, Jane Cruz. Planejamento da pesquisa social. In: Revista *Temporalis*, ABEPSS, n. 7, 2004.

⁶ A aplicação dos questionários se deu em visitas domiciliares realizadas no período de 02 a 08/2006.

⁷ Desde a década de 1990 têm sido desenvolvidos, em âmbito internacional, métodos e instrumentos cientificamente balizados para avaliar a Segurança Alimentar e Insegurança Alimentar das famílias. A maioria deles baseados em estudos antropológicos e quantitativos realizados nos Estados Unidos desde a década de 1980, o que tem permitido estimativas de prevalência daquela condição. As escalas foram sendo adaptadas e aplicadas em países como Austrália e México, processo que no Brasil resultou na elaboração e validação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

⁸ CORRÊA, Ana Maria S. et al. *Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação*. Urbano/Rural. Relatório Técnico, Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.

o acesso nos últimos três meses, enfatizando-se a relação dos aspectos socioeconômicos com o grau de Segurança Alimentar,⁹ cujos dados foram categorizados a partir das escalas de pontuação propostas pela autora.¹⁰ Para a análise dos dados, as famílias foram classificadas, de acordo com sua condição, numa das quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), em 65,2% dos domicílios estimados naquele período residiam pessoas em situação de Segurança Alimentar, tendo os resultados dos domicílios onde foi evidenciado algum tipo de Insegurança Alimentar relação direta com a falta de recursos dos moradores para a aquisição de alimentos. No Rio Grande do Sul, estes dados corresponderam a 75,2% de Segurança Alimentar e 24,8% de Insegurança Alimentar, sendo: 13,2% de Insegurança Alimentar Leve, 7,6% de Insegurança Alimentar Moderada e 4% de Insegurança Alimentar Grave.

De acordo com a pontuação das respostas da EBIA, observou-se que o resultado da população estudada é coerente com a situação de risco socioeconômico, resultando em valor superior àquele encontrado na amostragem nacional (IBGE, 2004). A prevalência de Insegurança Alimentar foi encontrada em 92% das vinte e quatro famílias, estando configurado conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Indicador de insegurança alimentar nas famílias

Indicador	%
Segurança Alimentar	8
Insegurança Alimentar Leve	29
Insegurança Alimentar Moderada	33
Insegurança Alimentar Grave	29
Total Insegurança Alimentar	92

Fonte: EBIA, 2004.

⁹ Definição: Realização do direito de todos ao “acesso regular e permanente a alimentos de maior qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”. Entendimento elaborado pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) que reconhece a alimentação adequada como “direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal”, a partir do qual foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Lei aprovada no Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva em 15/09/2006 (Brasil, 2006).

¹⁰ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Segurança Alimentar. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004, 148 p.

Houve prevalência também de domicílios do tipo construção precária de madeira, em 62,5% das vinte e quatro famílias. O abastecimento de água nos domicílios de 54,2% das vinte e quatro famílias provinha da rede pública com encanamento interno, 25% da rede pública com encanamento externo e 12,5% conseguiam com terceiros a água que utilizavam. O escoamento de esgoto sanitário a céu aberto foi referido por 29,2% das vinte e quatro famílias, 25% não possuía banheiro no terreno e fazia uso daqueles de terceiros; 20,8% tinham o destino reservado à rede pública e 20,8% construíram fossas. Entregar o lixo produzido para a coleta pública foi referido por 62,5% das vinte e quatro famílias; jogá-lo próximo ao rio por 16,7%, a céu aberto 12,5% e queimar ou enterrar 8,3%.

Num primeiro momento, interrogava-se sobre a proveniência¹¹ dos moradores daquele território. Ao contrário de agrupamentos em territórios próximos, constituídos a partir de um fluxo migratório de cidades do interior do Estado – produto do êxodo rural em busca de espaço no mercado de trabalho –, os dados coletados mostraram que 83% das famílias foram constituídas na própria cidade de Porto Alegre/RS. O dado alerta para um grupo de pessoas em condição de produzir, que, em virtude da complexidade do mundo do trabalho hoje e das desigualdades sociais do sistema produtivo, tornaram-se sobreviventes do trabalho informal – subemprego, trabalho terceirizado, parcial, temporário –, compondo os índices de desemprego e da exclusão social urbana.

Diante disso, o tipo de trabalho de 25% dos trabalhadores provenientes das vinte e quatro famílias era informal, 22,9% formal, 31,3% estavam desempregados e 4,3% eram aposentados e/ou pensionistas. Correlacionada a essa informação, a renda familiar mensal de 33,3% das vinte e quatro famílias abordadas não atingia um salário mínimo¹², 50% estava entre um e dois salários mínimos, 12,5% de três a quatro e 4,2% atingia cinco ou mais salários mínimos.

Ao serem questionadas sobre algum tipo de auxílio recebido nos três últimos meses, de pessoa ou instituição, para despesas com a alimentação, 37,5% das vinte e quatro famílias

¹¹ CAMARGO, Marisa; FRAGA, Danielle da Silva. Hipóteses de pesquisa. In: Projeto de pesquisa perfil socioeconômico e nutricional das famílias residentes numa área de risco da Unidade Básica de Saúde III. Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS. Porto Alegre, outubro de 2005, capítulo 4, p. 15.

¹² Desde 1994, quando a moeda brasileira passou a ser o real, houve treze reajustes do salário mínimo, que variou de R\$ 64,79 até 31 de julho de 1994 a R\$ 350,00 em maio do ano de 2006. Getúlio Vargas, ao instituir o salário mínimo no Brasil, regulamentado pela Lei nº 185, de janeiro de 1936, e pelo Decreto-lei nº 399, de 30 de abril de 1938, determinava “em todo o país, o salário mínimo a que tem direito, pelo serviço prestado, todo trabalhador adulto, sem distinção de sexo, por dia normal de serviço, como capaz de satisfazer, na época atual, às suas necessidades normais de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte”. O Decreto-Lei 2.162, de 1º de maio de 1940, fixou os valores do salário mínimo e foi nesse ano que ele passou a vigorar.

referiram ter acessado programas assistenciais ou contado com a solidariedade de familiares e da comunidade. No caso das demais, foi necessário pensar noutras estratégias para amenizar a dificuldade cotidiana de acesso à alimentação. Sposati (2000, p. 52) refere que “o corte da pobreza supõe acrescer à comida algumas outras necessidades que serão mais extensas ou restritas a partir do padrão civilizatório de uma determinada sociedade”.

Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde. Na definição mais estreita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, pode-se entender como pobreza um estado em que não se dispõe dos meios suficientes para um viver digno, falta de recursos sociais ou educacionais.

Conforme Silva¹³ (2007), a pobreza é um fenômeno complexo e multidimensional, que representa muito mais que insuficiência de renda. Corresponde, portanto, “à desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida, não-acesso aos serviços básicos que são direitos, possui dimensão estrutural e conjuntural” (Silva, 2007).

A partir desse entendimento, depreendem-se as dificuldades vivenciadas por aquelas famílias no seu cotidiano. Dado reforçado ao serem disponibilizadas quatro frases sobre a capacidade de obtenção dos alimentos considerados necessários à família nos últimos três meses, em que a indisponibilidade da quantidade de alimentos necessários foi referenciada por 46% das vinte e quatro famílias, 33% referiram que faltou variedade de alimentos e apenas 20% referiram disponibilidade de alimentos na quantidade e variedade desejada.

Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar¹⁴ (POF, 2002/2003) indicam que a disponibilidade domiciliar de calorias per capita varia de acordo com as faixas de renda, e que famílias que ganham até ¼ de salário mínimo atingem em média 1486 calorias per capita/dia, revelando um déficit calórico de 30% em relação à recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS, de 2000 calorias/dia. O conhecimento sobre esses processos intrínsecos à realidade de reprodução da saúde e da vida social, na sua totalidade histórica e nos movimentos contraditórios da sua ausência – instalação da doença –, bem como de superação da falta de condições e acesso à saúde enquanto direito social devem subsidiar os processos de trabalho do Serviço Social na saúde. Para tanto, precisam também ser configuradas as correlações de classes, com destaque à constituição da sociedade burguesa e os movimentos de resistência social diante das relações de exploração, dominação e alienação da classe

¹³ SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Missão PROCAD. Os Programas de Transferência de Renda enquanto estratégia atual de enfrentamento à pobreza no Brasil: o Bolsa-Família. Apresentação oral. In: Aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, 2007/1. Porto Alegre – RS, 20/03/2007.

¹⁴ POF (2002/2003). In: *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD*. Rio de Janeiro: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2004.

trabalhadora e do papel do Estado no contexto da saúde. Nesse sentido, reforça-se a existência de relação entre saúde e pobreza e destaca-se o imprescindível papel informativo/educativo do Serviço Social na capacitação do ser social para a constituição de processos de resistência nesse contexto.

Considerações finais

A pobreza significa mais que a falta de rendimentos, significa a negação das oportunidades e condições básicas para o desenvolvimento humano, como a de poder levar uma vida criativa e desfrutar de um nível de vida decente e com auto-estima. A compreensão dos determinantes sociais, que interferem na reprodução social da saúde, reforça que esta precisa ultrapassar os limites setoriais. A garantia do direito à saúde depende de esforços interdisciplinares e políticas intersetoriais que focalizem os sujeitos na sua integralidade, para que os direitos sociais passem a ser reconhecidos enquanto fatores primariamente influenciadores das condições de vida e saúde da população.

As desigualdades e necessidades em saúde, conforme Campos e Soares, estão “alicerçadas no entendimento de que as necessidades de saúde são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social” (2003, p. 622). Nisso, devem-se incluir a concepção de determinação do processo saúde-doença e a saúde como direito social – conquista política legitimada pela Constituição Federal de 1988 –, e operacionalizada na Lei Orgânica da Saúde.

Em termos de processos de trabalho do Serviço Social, emerge a necessidade de busca por novas alternativas para a aquisição ou consolidação de direitos. O não acesso à educação, ao trabalho, à saúde, ao esporte, ao lazer, à cultura, dentre outros, diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento dos recursos que são fundamentais para que os sujeitos possam ascender socialmente, seja através do processo produtivo, seja pela interferência do Estado na regulação dos direitos humanos e satisfação das necessidades sociais básicas.

Diante dessas questões, torna-se necessário que se reconheça que política social (para ser social) precisa interferir nas relações produtivas. Dito isso, com base em Demo (1999), deve-se formular um cenário de enfrentamento mais realista à questão social no capitalismo, tomando como referência que é possível avançar em iniciativas de enfrentamento, que contribuam para o amadurecimento de estratégias, despertem para a cidadania e garantam direitos sociais.

Referências

- ASSOCIAÇÃO. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS; Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social – CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. ABESS/CEDEPSS, 1996. In: BULLA, Leonia C. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 2, dez. 2003.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social: Saúde. In: *Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3*. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB, Centro de Educação aberta, continuada à distância, 2000, p. 103-115.
- CAMARGO, Marisa; FRAGA, Danielle da Silva. Questões norteadoras. In: Projeto de Pesquisa *Perfil sócio-econômico e nutricional das famílias residentes numa área de risco da Unidade Básica de Saúde III*. Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública – RS. Porto Alegre, out. 2005, capítulo 4, p. 15.
- CAMPOS, C. M. S.; Soares, C. B. *A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores*. Ciências Saúde Coletiva, 2003.
- CEIDS. Centro de Informação e Documentação em Saúde. *Normas para apresentação e elaboração de trabalhos acadêmicos*. Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, ago. 2004, p. 9.
- COLETÂNEA DE LEIS. *Sistema Único de Saúde – SUS*. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Porto Alegre: CRESS (10ª Região), 2000, p. 118-140.
- CORRÊA, Ana Maria S. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Scielo Brasil, v. 21, n. 5, set.-out. 2005.
- . Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/Rural. Relatório Técnico, Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.
- DEMO, Pedro. *Participação é Conquista*. São Paulo: Cortez, 1999.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA ALIMENTAR. Disponível em <www.fbsan.org.br>. Acessado em 28/10/05.
- IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social em Tempos de Globalização. *Revista Inscrita*, ano 2, n. 111, Dossiê do CFESS, nov. 1998, p. 13-18.
- . CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 7. ed. São Paulo: Cortez.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, v. 26, fev. 2005.
- . Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Segurança Alimentar*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: Coordenação de Trabalho e Rendimento. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2004.
- LEFEBVRE, Henry (1991, p. 211). In: PRATES, Jane Cruz. O planejamento da pesquisa social. *Temporalis*, Porto Alegre, ABESS, n. 7, 2004.
- LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: Trabalho e sociabilidade. Capítulo 2.1, p. 19-33. In: *Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 2*. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD/NED – UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. *Técnicas de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, Gonçalves R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR. Série Textos, 1)

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br/alimentação>. Acessado em: 14 dez. 2006.

Normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/96, II. 4. Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Ministério da Saúde.

POF (2002/2003). In: *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2004. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PRATA, Pedro Reginaldo. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Scielo, v. 10, n. 3, jul./set. 1994.

QUEIROZ, V. M.; SALUM, M. J. L. *Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da reprodução social*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

SICHERI, Rosely. Consumo alimentar em adolescentes. Questionário simplificado para avaliação de risco cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v. 77, n. 4, p. 332-336, 2001.

SICHERI, Rosely. *Consumo alimentar em adolescentes*. Questionário.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. *Formação profissional do Assistente Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez.

———. Missão PROCAD. Os Programas de Transferência de Renda enquanto estratégia atual de enfrentamento à pobreza no Brasil: o Bolsa Família. Apresentação oral. In: Aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, 2007/1. Porto Alegre – RS, 20/03/2007.

SPOSATI, Aldaíza. Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo: um comentário do relatório da Comissão Mista Especial da Câmara e do Senado. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, ano 21, n. 63, jul. 2000, p. 45-61.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.