

stricto
SENSU
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

EDLA HOFFMANN

**O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF NA REGIÃO
NORTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE, 2007

EDLA HOFFMANN

**O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA PSF NA REGIÃO NORTE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção de título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Berenice Rojas Couto

Porto Alegre, 2007

EDLA HOFFMANN

**O TRABALHO DAS ASSISTENTES SOCIAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA – PSF NA REGIÃO NORTE DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de Título de:

Mestre em Serviço Social

E aprovada na sua versão final em 08 de março de 2007 atendendo às normas da legislação vigente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Professora Doutora Berenice Rojas Couto
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Banca Examinadora:

Professora Doutora Berenice Rojas Couto
Orientadora PPGSS/PUCRS)

Professora Doutora Ana Lúcia Suarez Maciel
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PPGSS/PUCRS)

Professor Doutor Paulo Antônio Barros de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

“[...] Eu tropeço no possível, mas não desisto de fazer a descoberta que tem dentro da casca do impossível.”

Carlos Drummond de Andrade

DEDICATÓRIA

Ao meu marido CENTENO, pela história que construímos juntos nesses últimos dez anos desde a vinda de Três de Maio para Passo Fundo, o que nos permitiu o sonho de estudar mais, pelo incentivo e carinho.

Aos meus pais PEDRO e MARTHA, responsáveis pelos valores que possuo, sentido de FAMÍLIA que tento repassar para aqueles que comigo convivem.

Às filhas emprestadas GABY e KAROL, pela torcida e parceria no cuidado de “todos” na casa.

MUITO OBRIGADA! Pelo carinho, incentivo, paciência, compreensão e tolerância nos momentos em estive ausente e deixei de compartilhar momentos especiais da vida de vocês.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que tem iluminado o meu caminho e o da minha família, dando-me forças nos momentos em que precisei.

Aos meus queridos pais, Pedro e Martha, por serem exemplos de vida e servirem de incentivo em tudo aquilo que tenho procurado ser. Pelo apoio dado desde o início da minha formação, por partilharem cada conquista, momentos de tristeza e felicidade com muito carinho e dedicação.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo apoio em todos os momentos de minha vida. Especialmente a minha irmã Érica, que vibra a cada conquista e que sempre idealizou o melhor para mim.

Ao meu marido Centeno, pelo cuidado, apoio, parceria e amor dedicado em todos os momentos da nossa história e pelo incentivo em dar continuidade aos estudos no doutorado.

Às filhas emprestadas Gaby e Karol, pelo cuidado, carinho e compreensão nos momentos presentes e ausentes de casa.

Aos meus sogros Nelsinho e Helena, que carinhosamente me acolheram, apoiaram e cuidaram de mim enquanto estive em Porto Alegre frequentando as aulas.

Às minhas amigas e colegas Juliana e Eliana, por compartilharem comigo momentos especiais de suas vidas, pela cumplicidade, apoio e incentivo nos momentos em que precisei do ombro amigo.

Aos meus queridos amigos e amigas, de longe e de perto, mas que torcem e vibram comigo a cada conquista, em especial a Cris, Susie e a Sônia, obrigada pelo carinho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pelos ensinamentos, apoio e carinho dos professores em momentos difíceis vivenciados durante o curso. Em especial ao Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, Prof^ª Dr^ª Jane Cruz Prates, pelo carinho, apoio, respeito, amizade e incentivo às leituras, discussões e reflexões.

À querida orientadora deste trabalho, Prof^ª Dr^ª Berenice Rojas Couto, pela pessoa especial que é e que sempre soube valorizar o meu saber, mesmo quando não alcançava o seu, pelo carinho, pela paciência, compreensão, incentivo e pelas orientações, que tornaram possível concretizar este estudo, escrito a quatro mãos. Minha admiração e reconhecimento pela sua trajetória profissional, disponibilidade ao diálogo e posicionamento em defesa da profissão nos espaços que ocupa.

À banca examinadora, pelas contribuições no momento da qualificação deste trabalho.

Aos funcionários da Faculdade de Serviço Social: Antônio, Juliana, Jorgina, Patrícia, Nazira e Cristiane.

À minha turma de mestrado: Fabiana, Fabiane, Paulo, Tiago, Vera, Lucimari, Elisângela, Simone, Rosemara, Malena, Nilene, Cláudia depois somaram-se Cláucia, Simone e Jorge, e, ainda, Maria Luíza, Jane, Marinês, Cátia, Terezinha, Luciane, Fabiana, Rosângela, Roselaine, Sônia, Suzete, Ivone, Sandra e Diego, pelas horas de estudo, trocas e pela convivência.

Aos meus colegas e grandes amigos do coração Fabi, Tiago e Paulo, pelas horas de estudo, discussões, reflexões, ânimos e desânimos, respeito, carinho e parceria, acima de tudo, e a Taty e Vanessa, que mais tarde vieram somar e compartilhar com o grupo os mesmos valores.

Ao Núcleo de Estudo em Políticas e Economia Social e colegas, pelo apoio, estímulo, amizade e parceria acadêmica nesses dois anos.

Aos colegas docentes e alunos da Universidade de Passo Fundo, Curso de Serviço Social, que apoiaram e serviram de incentivo à concretização deste trabalho.

As colegas assistentes sociais e demais profissionais das equipes de PSF que se dispuseram a participar desta pesquisa, permitindo a minha aproximação empírica com o objeto deste estudo.

À 6ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em especial a Nina e a Cândida, que apoiaram e disponibilizaram os dados iniciais e o mapeamento dos municípios para a pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por ter financiado durante dois anos o meu processo de mestrado através da bolsa integral.

Aos profissionais que auxiliaram na correção, revisão e normatização deste trabalho.
Muito obrigada!

RESUMO

O presente estudo versa sobre o trabalho do assistente social no contraditório espaço sócio-ocupacional do Programa Saúde da Família. Problematiza como o assistente social desenvolve seu processo de trabalho nos PSFs da região Norte do estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente, nos municípios que compõem a 6ª Coordenadoria de Saúde do Estado. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa com o estudo exploratório na região, orientada pelo método dialético-crítico. A contextualização do tema passa pelos principais marcos históricos da política de saúde brasileira até chegar ao PSF como estratégia da Política Nacional de Atenção Básica para reordenar o modelo de saúde, sendo prioritariamente a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. O tema de investigação é relevante para o Serviço Social no sentido de que, embora ainda não componha a equipe básica do Ministério da Saúde, com a expansão dos PSFs em todo o Brasil tem-se incluído o assistente social entre os profissionais que trabalham no programa. A pesquisa procura desvendar as contradições desse espaço, mostrando como de fato se efetiva o processo de trabalho do assistente social, apontando para as contribuições profissionais para esse programa e sua equipe básica. As análises do estudo direcionam para os limites e possibilidades vivenciadas pelos assistentes sociais no PSF e que são indissociáveis do processo de reestruturação produtiva e as transformações no mundo do trabalho. Contudo, o Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, é demandado a responder às refrações da questão social e a desenvolver competências para atuar na gestão, formulação e planejamento das políticas sociais. Assim, potencializando o projeto ético-político, que se rege pelo princípio da emancipação dos sujeitos, reforçam-se princípios democráticos, na perspectiva da garantia de direitos, defendidos na Reforma Sanitária, SUS e pela profissão.

Palavras-Chave:

Política de Saúde — Reforma do Estado — Programa Saúde da Família — Processos de trabalho no Serviço Social

ABSTRACT

The present study discusses about the job of the social worker in the contradictory socio - occupational space of the Family Health Program (FHP's). It discusses how the social worker develops his work process in the FHP's of the North region of Rio Grande do Sul state, more precisely, in the cities that compose the 6^a Coordination of the State Health. It was done a quality research for an explanatory study in that region, oriented by the critical – dialectical method. The construction of the theme passes by main historic landmarks of the Brazilian health politic until the FHP as a strategy of the National Basic Care Politic to put in order the model of the health, and it is the entry door for the Unified Health System (SUS Brazilian term). The investigation theme is relevant to the social work in the sense of that, although it still not composes the basic team of the Health Ministry, with the enlargement of the FHP's in all Brazil has been included the social worker among the professionals that work in the program. The research seeks to unravel the contradiction of this space, showing as indeed the job of the social workers is effectuated, pointing to the professional contributions to this program and its basic team. The analysis of the study directs to the limits and possibilities faced by the social workers in the FHP, and that it is inseparable of the productive reestruturation process and the transformations on the job's world. However, the Social Work, while as a profession inserted in a social-technical work division, is sued to answer the doubts of the social questions and to develop competences to act in the management, formation and social politics planning. So, potencializing the political-ethical project, guided by the principle of chap's emancipation, it strengthens democratic principals, in the perspective of rights assurances, defended in the Sanitary reform, UHS (SUS) and by profession.

Key –words:

Health Politics — State Reform — Family Health Program — Work process in the Social Work.

LISTA DOS QUADROS

Quadro 1 – Metodológico da pesquisa.....	65
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Demonstrativo dos PSFs no Brasil por região de 2001 a 2005.....	36
Tabela 2 – Demonstrativo dos PSFs no Brasil-região Sul de 2001 a 2005.....	37
Tabela 3 – Demonstrativo do crescimento dos municípios com PSF na região da 6ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul.....	67
Tabela 4 – Tempo de implantação e de trabalho das assistentes sociais nos PSFs da 6ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul.....	67
Tabela 5 – Demonstrativo da amostra participante da pesquisa	69
Tabela 6 – Distribuição do número de assistentes sociais nos municípios pesquisados	75
Tabela 7 – Ano de formação das assistentes sociais participantes da pesquisa	76
Tabela 8 – Experiência de trabalho no PSF, município e carga horária das assistentes sociais participantes da pesquisa	78
Tabela 9 – Tipo de vínculo empregatício das assistentes sociais participantes da pesquisa....	79

LISTA DE SIGLAS

Abepss	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
Abess	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ASEMA	Apoio Sócio Educativo em Meio Aberto
Caps	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CME	Conselho Municipal de Educação
CMH	Conselho Municipal de Habitação
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
Codimas	Conselho de Dirigentes Municipais de Assistência Social
Cmas	Conselho Municipal de Assistência Social
Comdica	Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FMS	Fundo Municipal de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IS	Instituto de Humanidades e Tecnologia de Castelo Branco
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
Mare	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

Oasf	Orientação e Apoio Sócio-familiar
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIM	Primeira Infância Melhor
PPds	Pessoas Portadoras de Deficiência
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Prev-saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SME	Secretaria Municipal de Educação
Suas	Sistema Único de Assistência Social
Suds	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Ulbra	Universidade Luterana do Brasil
Unicruz	Universidade de Cruz Alta
FMI	Fundo Monetário Internacional
UCS	Universidade de Caxias do Sul
URI	Universidade Regional Integrada
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
LISTA DOS QUADROS	09
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	14
1 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	17
1.1 Breve contextualização.....	17
1.2 Implementação do SUS.....	22
1.3 A Reforma do Estado de Bresser Pereira e os impactos na saúde.....	29
1.4 Pacto pela Saúde: a retomada da defesa do SUS?	33
1.5 O Programa Saúde da Família	35
2 PROCESSOS DE TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO	41
2.1 Contextualizando o mundo do trabalho	41
2.2 Elementos do processo de trabalho: objeto, meios e produto.....	50
2.3 Processos de trabalho profissional do assistente social.....	53
3 O PROCESSO DE TRABALHO NO PSF: LIMITES E POSSIBILIDADES	60
3.1. Metodologia da pesquisa	60
3.1.1 Enfoque dialético-crítico	60
3.1.2 Tipo de pesquisa.....	63
3.1.3 Percorrendo as etapas do processo de pesquisa.....	64
3.1.3.1 Sujeitos da pesquisa.....	66
3.1.3.2 Instrumentos e técnicas de pesquisa.....	69
3.1.3.3 Procedimentos para a coleta de dados.....	70
3.2 Análise e interpretação dos dados.....	71
3.3 Realidade encontrada na pesquisa	74
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	128
ANEXOS.....	134

INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre o trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família. O interesse pela temática surgiu em razão do crescente número de assistentes sociais envolvidos com o PSF na região Norte do estado do Rio Grande do Sul e pela luta em prol da inserção dos profissionais de Serviço Social nas equipes básicas desse programa, tendo em vista sua formação profissional. Também existe um interesse pessoal da pesquisadora pela temática em virtude de sua transferência, ocorrida com a troca de prefeitos, da Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria Municipal de Assistência Social no município de Passo Fundo, no momento em que havia a possibilidade do desenvolvimento do trabalho de assistente social junto ao Programa Saúde da Família no município, constituindo-se, assim, uma lacuna e um desejo de saber mais a respeito do PSF.

A realização deste estudo tem relevância acadêmica, profissional e social, principalmente para aqueles que atuam ou que são atendidos pela política de saúde no PSF, pois procura contribuir para a reflexão de uma práxis de acordo com os compromissos ético - políticos da profissão, na perspectiva da garantia de direitos e de um projeto profissional comprometido com os interesses e necessidades dos usuários, no intuito de qualificar o trabalho do assistente social, buscando contemplar os quesitos básicos da formação profissional, dando visibilidade às possíveis contribuições do Serviço Social.

Para tal, foi elaborado projeto de pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, trazendo como problema: Como o assistente social desenvolve o processo de trabalho no Programa Saúde da Família na região Norte do estado do Rio Grande do Sul no período de 2006?

A pesquisa teve como objetivos:

- Investigar de que modo o assistente social realiza seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, no intuito de contribuir com subsídios para a qualificação desse trabalho, desvendando as contradições desse espaço sócio-cupacional.
- Identificar as estratégias utilizadas pelo assistente social no seu processo de trabalho com vistas a fortalecer seu projeto ético-político, o SUS, bem como estratégias que respondam aos interesses e necessidades dos usuários.

- Investigar como o assistente social pode ou não contribuir no Programa Saúde da Família para que se constitua na perspectiva de direitos democráticos.

A fim de atingir esses objetivos realizou-se um estudo do tipo qualitativo, referenciado no método dialético-crítico, com pesquisa empírica realizada na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, nos municípios com o Programa Saúde da Família, acompanhados e supervisionados pela 6ª Coordenadoria de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, implantado há dois anos e que contam com o trabalho do assistente social. Assim, foram definidos os municípios de Carazinho, Tapera, Santo Antônio do Planalto, Gentil, Camargo, Machadinho, Alto Alegre, Paim Filho e Ibiraiaras. Os sujeitos de pesquisa foram nove profissionais assistentes sociais.

O PSF foi implantado em 1994 no país e vem ampliando-se a todas as regiões e municípios, aumentando a cobertura e o número das equipes básicas de saúde do programa desde então. Tem como principal objetivo reorganizar os serviços e ações de saúde em nível de atenção primária e está inserido em todas as regiões do Brasil, na maioria operando com uma equipe reduzida, focalizada em cuidados básicos de saúde, com população determinada por maiores riscos sociais e sanitários. Sua estrutura básica e formulação do trabalho apresentam elementos que dificultam a garantia dos princípios básicos do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

Um dos desafios para o assistente social é justamente trabalhar demandas no sentido de superar as práticas imediatistas e pontuais das políticas sociais, visando à integralidade do sistema de saúde. É demandado a responder às refrações da questão social, seu objeto de trabalho, que não se manifestam somente pelas desigualdades sociais, mas também pelos movimentos de resistências. Para tal, é importante analisar as demandas, pelo do conhecimento da realidade social onde se manifestam.

Embora a Constituição Cidadã consolide no campo jurídico o direito à saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a política de saúde brasileira, a partir da década de 1990, tem refletido situações distintas das preconizadas no movimento da Reforma Sanitária e no SUS, verificando-se uma tendência ao processo de desmonte dos direitos conquistados submetidos à lógica do ajuste fiscal, configurando-se um hiato entre o direito e a realidade.

Diante dessa realidade, no primeiro capítulo busca-se contextualizar a Política de Saúde Brasileira desde os principais marcos históricos, passando pelos avanços da Constituição Federal de 1988, destacando o Sistema Único de Saúde como um marco divisor na garantia da saúde como um direito social. Aponta-se também para a Reforma do Estado, inspirada no projeto de Bresser Pereira (governo FHC 1995-2002), como política de desmonte

da centralidade do Estado na garantia de acesso da população às políticas sociais. Finaliza-se o capítulo apresentando de forma breve a proposta do Pacto pela Saúde e o Programa Saúde da Família, desvendando suas principais contradições.

O segundo capítulo trata da centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. Nesse tema, parte-se da compreensão dos processos de trabalho recorrendo-se às categorias marxianas, que têm marcado o debate contemporâneo sobre o tema no Serviço Social. Busca-se, pela interlocução com os principais autores, colocar em relevo como as categorias do método têm alimentado esse debate e como os assistentes sociais, que na década de 1980 construíram as bases teóricas de seu projeto ético-político atual, têm alicerçado seu trabalho com essa perspectiva.

O terceiro capítulo intenciona analisar como os assistentes sociais têm se inserido nos processos de trabalho do Programa Saúde da Família, apontando os limites e possibilidades. Nesse capítulo encontra-se a construção metodológica da pesquisa, com o detalhamento dos procedimentos da análise e interpretação dos dados, para o qual foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. Ainda, explicita como os assistentes sociais desenvolvem seu trabalho no espaço sócio-ocupacional do PSF. A riqueza do material empírico, bem como dos dados de identificação colhidos na pesquisa, aponta para a necessidade de estudos mais aprofundados nesse campo.

Por fim, as considerações finais apresentam a análise da realidade encontrada pela pesquisadora, bem como pretendem apontar para elementos considerados essenciais para que o PSF seja um programa com potência para, incluído no Sistema Único de Saúde, dar coorporificação ao direito de todos de terem garantida a saúde como um direito social.

1. POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Este capítulo contextualiza a Política de Saúde Brasileira com base nos principais marcos históricos e traz as conquistas legais da Constituição Federal de 1988 e o SUS como resultante do movimento da Reforma Sanitária. Também discute a Reforma do Estado, inspirada no projeto de Bresser Pereira, que vem na contramão dos direitos conquistados pela Constituição Cidadã, potencializada pela política econômica de recorte neoliberal porque avança para uma tendência de reduzir o protagonismo do Estado como responsável pelas políticas sociais, especialmente a saúde, a qual focaliza atendimento para determinada população. Apresenta o Pacto pela Saúde, considerado como conjunto de reformas institucionais do SUS que sinaliza para o fortalecimento da estratégia de saúde da família para fortalecimento da atenção primária. Finaliza com Programa Saúde da Família, que se constitui como um importante espaço sócio-ocupacional do assistente social, desvendando suas principais contradições.

1.1. Breve contextualização

Para uma adequada leitura da política de saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, cabe destacar que a saúde até então apresentava sérios problemas, na medida em que excluía grande parcela da população e priorizava programas de Medicina aos grupos de riscos, servindo aos interesses do setor privado em detrimento da saúde pública. Passou por diversas fases e uma sucessão de planos e siglas para ser constituída no campo jurídico legal como política pública de direito do cidadão e dever do Estado.

É importante lembrar de alguns marcos históricos da política de saúde, como as **campanhas sanitárias**, de cunho coletivo, objetivando higienizar as áreas urbanas das epidemias; a **política das CAPS**-Caixas de Aposentadorias e Pensões, **os IAPS**-Institutos de Aposentadorias e Pensões, destinados a determinados grupos de trabalhadores assalariados urbanos. A **Criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)**, em 1966, unificando todo o sistema previdenciário, mas conservando o enfoque curativo, individual e centrado na assistência médica para contribuintes da Previdência Social, deixando os não-

contribuintes à mercê da caridade e da boa vontade dos institutos privados filantrópicos. Uma marca importante desse período é que a cobertura era garantida a apenas a parcela dos trabalhadores urbanos que tinham carteira de trabalho assinada; os trabalhadores rurais foram inseridos como beneficiários apenas em 1974, pela ditadura militar, mas essa inclusão deu-se de forma perversa, pois foi feita em patamares inferiores aos garantidos à população urbana¹. (MARTINS, 2003).

Verifica-se que o período de transição para abertura política no Brasil (1974-1985), processo de redemocratização do país, deu-se concomitantemente ao desenvolvimento de uma crise econômica do Estado², como resultado do “Milagre Econômico³”.

Nesse período têm-se o descontentamento da população usuária da política de saúde e o fortalecimento dos movimentos sociais, enfim, a participação popular nos diversos canais que se ampliavam na sociedade. Assim, surgiram as bases do **movimento da Reforma Sanitária**⁴, que trazia na sua essência a mudança do modelo de assistência à saúde, o qual previa um “Estado democrático e de direito”, responsável pelas políticas sociais, objetivando “a universalização das ações”, “descentralização”, “melhoria da qualidade dos serviços”, pautados na “integralidade e equidade das ações” (BRAVO; MATOS, 2001). Para além de pensar um sistema que garantisse o acesso à saúde, todo o movimento da Reforma Sanitária colocou em xeque o debate sobre o conceito de saúde, questionando o até então construído, que se centrava na existência ou não da doença e na concepção médica da sua garantia.

É preciso lembrar que a saúde, como direito de alguns, constituiu-se em benefício vinculada à Previdência Social, que prestava assistência médica aos seus segurados, objetivando a higidez para o trabalho. (COHN, 1999). Assim, outro marco importante é a **crise financeira da previdência social**, a qual identificou a assistência médica como “[...] um dos focos geradores dos problemas financeiros da Previdência Social acirra o fracionamento

¹ Somente a partir da Constituição Federal de 1988 a população rural teve garantidos os mesmos direitos que a população urbana.

² Crise financeira marcada pela aceleração do processo inflacionário, recessão, crescimento da dívida externa do Brasil, pela entrada maciça de capitais estrangeiros como resultado do milagre econômico. (CARVALHO, 2004; COUTO, 2004.)

³ O milagre econômico foi vivenciado na década de 1970, quando a economia brasileira atingiu altos índices de crescimento, e por outro lado, pelo fortalecimento dos partidos políticos, dos sindicatos, dos movimentos sociais, das organizações não governamentais, enfim, pela participação popular nos diversos canais que se ampliavam na sociedade. (CARVALHO, 2004; COUTO, 2004.)

⁴ “A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante 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 e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES, 1993, p.42).

dos diferentes interesses no interior da arena política de saúde” (MENDES, 1993, p.35), impulsionando o movimento de Reforma Sanitária.

Na esteira desse debate foi criado o **Prev-Saúde** - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, embora não tenha saído do papel, que objetivava a “atenção primária em saúde”, com “participação comunitária”, buscando a “integralização das ações”, na direção da “regionalização e hierarquização”, com a participação do setor privado, resultante do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que se deu pela desconcentração e expansão da atenção primária em saúde⁵ e das unidades da rede ambulatorial.

Em 1982 foi implantado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) e foi elaborado o **Plano Conasp**, que “[...] propunha a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural”. (MENDES, 1993, p.36). Esse plano se efetivou por meio das **Ações Integradas em Saúde (AIS)** e buscava a integração das ações de saúde como um sistema articulado e integrado, pela implantação de uma rede de serviços básicos, da descentralização e da participação popular, mas que primeiro se materializou na assistência médica por meio de convênios com o setor privado. As Ações Integradas em Saúde propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde, que, mais tarde, seriam a base para a implantação do **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)** a primeira aproximação do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a agilizar o processo de descentralização, fortalecendo o setor público. Contudo, em realidade, “[...] evidencia a pobreza de resultados concretos, na descentralização, na reorganização dos serviços, reforçando a assistência médica individual na atenção pública em detrimento das ações coletivas [...]”. (MENDES, 1993, p.46)⁶. Apesar das controvérsias, este sistema permaneceu até a implantação da SUS e serviu como um modelo de transição.

Após a eleição de Tancredo Neves/Sarney (1985), os movimentos sociais intensificaram-se quando da convocação Assembleia Nacional Constituinte, sendo, então chamada a **VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)**, que objetivava discutir a nova

⁵ Atenção primária em saúde definida pela Organização Mundial da Saúde é entendida como atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. (MENDES, 2002).

⁶ Referente à nota nº. 36- INSTITUTO DE SAÚDE. Avaliação da municipalização no SUDS/SP. São Paulo, mimeo, 1991.

proposta de estrutura e de política de saúde para o país. Essa conferência é considerada como um divisor de águas no movimento da Reforma Sanitária, por ter se constituído no maior fórum de debates sobre a saúde do país, destacando-se pelo seu caráter democrático e cujo relatório serviu de base para a constituinte.

Dentre as propostas constantes no relatório da VIII Conferência encontra-se o conceito ampliado de saúde, uma nova concepção de saúde, que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença. Assim, passa a ser entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego, moradia.

A saúde não é um conceito abstrato... Devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Além disso, é colocada como direito de cidadania e dever do Estado. Também propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição do Sistema Único de Saúde, que tenha como princípios essenciais à universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com comando único em cada instância federativa e a participação popular. (MENDES, 1993, p.43).

A saúde, no Brasil, é considerada como um dos direitos sociais⁷ e integra, junto com assistência social e a previdência, o Tripé da Seguridade Social, regulamentado pelo art. 194 da Constituição Federal de 1988, no intuito de compor um Sistema de Proteção Social⁸. A idéia era integrar as três políticas numa só rubrica, na seguridade. A proposta previa um sistema integrado de seguridade social, que, contudo, não se materializou como previsto, pois as políticas específicas foram regulamentadas por leis distintas e com receitas diferenciadas, o que “[...] acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social)”. (BOSCHETTI, 2004, p.114).

Contribuíram, ainda, para essa fragmentação da seguridade social os indicativos dos organismos internacionais, como Banco Mundial, que passaram a receitar, em virtude de disponibilizar novos créditos para o país, um enxugamento da presença do Estado na garantia de direitos sociais, movimento esse alimentado pelos novos preceitos do ajuste neoliberal⁹. (SOARES, 2000).

⁷ São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição. (art. 6º. Constituição Federal de 1988). (BRASIL, 1988).

⁸ “Um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social”. (BRASIL, 1988). Sistema homogêneo, integrado e articulado capaz de garantir a todos os cidadãos medidas de proteção universais, distributivo, tendo o Estado como protagonista.

⁹ “O ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais”. (SOARES, 2000, p.12). O modelo prevê políticas de liberalização, privatização, centradas no mercado. Conforme a maneira como cada país se insere no cenário internacional,

No que se refere à política de saúde, a **Constituição Cidadã de 1988** incluiu, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde, a qual incorporou em grande parte os conceitos e as propostas contempladas no Relatório da VIII Conferência de Saúde de 1986 e assumiu essa política como dever do Estado e de relevância pública.

No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabeleceu-se:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e dos outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.98).

No artigo 197 da Constituição Federal de 1988 prevê:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988, p.98).

Ainda, no artigo 198 consta que “as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema único, organizado em diretrizes de descentralização, integralização e participação da comunidade”.

Nesse sentido, a Constituição Cidadã inovou na compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, criando mecanismos de controle social e organizando os serviços a partir das regiões e necessidades dos usuários. Todavia, logo após sua promulgação “[...] o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington”¹⁰. (COUTO, 2004, p.144).

Esse acordo contrapõe-se às conquistas do movimento da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto foram promulgadas as leis que formariam a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) (leis 8.080/90 e 8.142/90), que assegura a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever garantido pelo Estado, constituindo-se num espaço de disputa entre direitos conquistados em detrimento da política econômica.

Vive-se, portanto, o paradoxo inicial entre a política econômica de recorte neoliberal no Brasil e os avanços históricos da política de saúde, que se distingue pelo modelo de

sofre os impactos da “crise global” ou do “ajuste” dos países periféricos como o Brasil, sob a hegemonia norte-americana, significando redução de direitos, focalizando as políticas sociais de caráter universalistas aos mais pobres.

¹⁰ “Entendido como conjunto de trabalhos e resultado de reuniões de economistas do FMI, do Bird e do Tesouro dos Estados Unidos realizadas em Washington D.C. no início dos anos 90. Surgiram recomendações dos países desenvolvidos para que os demais, especialmente aqueles em desenvolvimento, adotassem medidas de abertura de seus mercados e o Estado Mínimo, isto é, um Estado com um mínimo de atribuições (privatizando as atividades produtivas) e, portanto, com um mínimo de despesas como forma de solucionar os problemas relacionados à crise fiscal” (SANDRONI, 2003, p.123).

assistência à saúde preconizado na Reforma Sanitária, resultado das lutas coletivas, cuja garantia se dá na base jurídico-formal da Constituição Federal de 1988 e é regulamentada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2. Implementação do SUS

A saúde pública brasileira avançou no processo de democratização do acesso aos serviços no país com a implementação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela chamada Lei Orgânica da Saúde (leis 8080/90 e 8.142/90), de caráter universal e passando a ser prestado prioritariamente pelo Estado. Assim, deu-se início ao processo de descentralização político-administrativo da política social de saúde.

O SUS regulamenta as propostas da Reforma Sanitária, já acolhidas pela Constituição Cidadã, partindo do conceito ampliado de saúde, e organiza-se por meio dos princípios doutrinários da universalidade¹¹, equidade¹² e integralidade¹³ e dos princípios organizativos da regionalização e hierarquização¹⁴, descentralização¹⁵, racionalização e resolução¹⁶, complementaridade do setor privado¹⁷ e participação da comunidade¹⁸.

Em virtude da participação da comunidade, são criados mecanismos, como conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal, como instâncias

¹¹ Universalização - a saúde passa a ser um direito de cidadania para todos os serviços em todos os níveis de assistência e é de responsabilidade do Estado. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹² Equidade - procura reduzir as desigualdades oferecendo serviços conforme as necessidades e peculiaridades de cada pessoa. "Ações de saúde desiguais para pessoas desiguais". (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹³ Integralidade - considera a pessoa como um todo, atendendo todas as suas necessidades, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹⁴ Regionalização e hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade-primário, secundário e terciário-, devendo ser articulados entre si respeitando as regiões geográficas delimitadas, conforme as necessidades dos usuários hierarquicamente. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹⁵ Descentralização - significa descentralizar político-administrativamente nas três esferas do governo, distribuindo poder e responsabilidades, com comando único. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹⁶ Racionalização e resolução - procurando racionalizar os gastos do sistema através do planejamento de ações embasadas em indicadores epidemiológicos de acordo com as necessidades das pessoas e/ou região e que também sejam resolvidas preferencialmente na unidade de atendimento, caso não seja, o mais próximo e rápido possível. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹⁷ Complementaridade do setor privado- prevê que, quando a estrutura pública for insuficiente ou incapaz de atender à demanda, poderá recorrer ao setor privado para complementar, tendo a prioridade os serviços privados não lucrativos ou filantrópicos e prevalecem as regras de direito público. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

¹⁸ Participação da comunidade- tem papel de democratizar o Estado- Controle social. É regulamentada pela lei 8.142/90 e também trata sobre as transferências de recursos financeiros entre governos. (BECH, 2002; PASSO FUNDO, 2003).

deliberativas de formação paritária Estado e sociedade civil, organizados para exercer o controle social na prestação dos serviços. Os conselhos de saúde e as conferências concretizam as possibilidades da sociedade influenciar na gestão pública, bem como orientar e fiscalizar as ações do Estado no que diz respeito à política de saúde, pois se apresentam como forma de democratizar o Estado, possibilitando a participação¹⁹ da população nas decisões, contemplando a transparência das ações.

Os Conselhos de Saúde, que compõem a forma de organização da saúde desde a década de 1950, agora são criados e regulados pela lei e são de suma importância aos usuários na medida em que se configuram em canais abertos de participação para reivindicações de direitos. São espaços públicos de disputa e negociação para melhores condições de vida e saúde, compostos por usuários, gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da área da saúde; possuem caráter permanente e deliberativo, cujo objetivo principal é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde nas três esferas de governo.

As conferências são fóruns de debate com representação de vários segmentos da sociedade e devem acontecer a, no mínimo, cada quatro anos para avaliar a política de saúde e propor mudanças, diretrizes e definições que contemplem os interesses dos usuários nas três instâncias deliberativas.

O SUS vem sendo implementado de forma sistemática e gradativa e sua operacionalização se dá por meio das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde como portarias, mas pactuadas entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). (BRASIL, 2003). Essas normas têm por finalidade normatizar a implantação do SUS, desde as relações entre os gestores, aos objetivos, estratégias, prioridades e repasses financeiros.

Desde o início, são, ao todo, quatro normas básicas. A NOB 01/91, implementada durante o governo Fernando Collor de Mello (1990 – 1992), que estabelece critérios para repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados e Municípios, efetuando pagamento pela produção dos serviços, tanto na rede ambulatorial como na hospitalar, equiparando prestadores públicos e privados e centralizando a gestão do SUS em nível federal (Inamps). Com isso, os recursos financeiros eram repassados por transferências negociadas, conforme os tetos financeiros e de cobertura, não respeitando a autonomia dos Estados e

¹⁹ Participação entendida como processo educativo: “O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social concreta”. “[...] Se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social” (SOUZA, 1991, p84)

Municípios. Estabelece que os Municípios tenham conselho, fundo e plano municipais de saúde. A NOB 02/92 não alterou muito a NOB anterior, acrescentando critérios populacionais de repasse financeiro aos Municípios.

A NOB 01/93, criada no período do governo Itamar Franco (1992 – 1994), desencadeou o processo de municipalização a partir de três formas de gestão — incipiente, parcial e semiplena —, habilitando os Municípios como gestores, de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS definindo papéis e transferência regular de recursos fundo a fundo. Constituem as Comissões Intergestores Bipartite (âmbito estadual) e Tripartite (nacional) com o papel de negociação e articulação entre gestores.

E a NOB 01/96 foi implantada somente em 1998, durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, como reflexo da Reforma do Estado, criando novas condições de gestão: Plena de Atenção Básica²⁰ e Plena do Sistema Municipal²¹. Responsabilizando o Município pela atenção básica, definiu critérios para repasse financeiro a partir de um Piso Assistencial Básico, substituído logo pelo Piso da Atenção Básica²² (PAB), com repasse financeiro de fundo a fundo, reduzindo a transferência por serviços prestados. Assim, os Municípios receberiam um valor *per capita* fixo de R\$ 10,00 ou mais para operacionalizar as ações básicas de saúde. O PAB teria uma parte fixa e outra variável acrescida na parte fixa, para implantação de programas de atenção básica, como Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2003). Assim, comprometem-se os princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização na medida em que se trabalha a atenção básica de saúde desarticulada da média e alta complexidade, por meio de programas focalizados, propostos pelo Ministério da Saúde, com incentivo financeiro, obrigando os Municípios, de certa forma, a aderirem para captar recursos na saúde. Desrespeitam-se, assim, as características regionais e a autonomia local e racionalizando o acesso ao atendimento hospitalar. (CORREIA, 2006, p.134).

Após, no governo Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS 01/2001, criando novas formas de gestão: Gestão Plena de

²⁰ Na Plena de Atenção Básica o Município fica responsável pela assistência básica de saúde, prestando nas próprias unidades ou serviço contratado.

²¹ Na Plena de Sistema Municipal o Município fica responsável também pelos serviços ambulatoriais e hospitalares.

²² O piso de atenção básica passou a vigorar a partir da alteração da NOB 01/96, que determinou o piso com uma parte fixa e outra variável, a qual correspondia aos incentivos a programas como saúde da família, agentes comunitários de saúde, combate a carências nutricionais, ações de vigilância sanitária, assistência farmacêutica básica, vigilância epidemiológica e ambiental (BRASIL, 2003).

Atenção Básica Ampliada²³ e Gestão Plena de Sistema Municipal. Com esta ampliam-se as responsabilidades dos Municípios, cabendo-lhes prestar ações do primeiro nível de atenção no seu próprio território e garantir o acesso dos usuários aos serviços existentes na região, os quais devem contemplar procedimentos mínimos de média complexidade, como atividades ambulatoriais, apoio diagnóstico, terapêutico e hospitalar. Dá-se ênfase ao “processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”. (BRASIL, 2003).

Estabeleceu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), identificando prioridades para atendimento dos estados por regiões; qualificando as microrregiões de saúde; determinando diretrizes para organização do processo de regionalização de acordo com as necessidades e prioridades da região e a busca da garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Realizou definições-chaves para esse processo, como a região de saúde²⁴, módulo assistencial²⁵, município-pólo²⁶ ou microrregião. Em suma, buscou um planejamento integrado em saúde, no qual o atendimento em saúde se dá no município, na microrregião, na região, para a resolução dos problemas dos usuários do sistema, otimizando, assim, os recursos existentes e evitando o deslocamento desnecessário.

Buscando assegurar as diretrizes e o aprimoramento do processo de regionalização estabelecido, a NOAS 01/2002 tem como premissa o comando único do gestor sobre os prestadores de serviço e “novas funções de gestão, como controle, regulação, avaliação, que devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde” (BRASIL, 2003). Também enfatiza a atenção básica como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, centrando-se na concepção de atenção familiar como estratégia do modelo assistencial, ou seja, priorizando também o Programa Saúde da Família.

É importante apontar que as primeiras normas operacionais básicas foram criadas em governos que viviam claramente a contradição entre cumprir com o legado constitucional e os compromissos assumidos, após a Constituição Federal de 1988, com os organismos internacionais. Chama-se a atenção para a NOB 01/96, que foi implantada em 1998, porque procura dar materialidade à proposta de Reforma do Estado de Bresser Pereira; assim, a

²³ Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada amplia as ações da gestão básica anterior, estabelecendo também o controle da tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, eliminação da hanseníase, saúde da criança, da mulher e saúde bucal.(BRASIL, 2003).

²⁴ Região de saúde é a base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria Estadual da Saúde.Pode ser dividida em regiões e/ou microrregiões de saúde.

²⁵ Módulo Assistencial é o espaço territorial que dispõe da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência.

²⁶ Município pólo é aquele que está definido de acordo com a regionalização de cada Estado e serve de referência a outros municípios em qualquer nível de atenção.

prioridade está em prestar saúde de atenção básica à população mais empobrecida, e para o que o PSF e PACS são apontados como programas essenciais, como assinalado nos itens 1.3 e 1.5 deste capítulo.

Cabe ressaltar que as normas são resultantes do movimento de pactuação entre gestores do Sistema Único de Saúde nas três instâncias de governos, estabelecendo critérios de gestão, controle social e financiamento para ambos.

Verifica-se a ênfase na atenção básica de saúde desarticulada da atenção secundária e terciária, comprometendo o princípio da integralidade. Faz parte do atendimento básico a realização de exames para prevenção, apoio e diagnóstico, contudo não há disponibilidade de exames para todos que necessitam. Por isso, usuários chegam ao sistema de saúde doentes, com patologias avançadas, que poderiam ter sido evitadas por meio de exames de apoio e diagnóstico precoce. É o caso das mulheres que fazem a prevenção do câncer uterino, mas não fazem das mamas porque dependem de uma mamografia; dos hipertensos que não encontram o medicamento na farmácia básica e acabam tendo acidente vascular cerebral ou até mesmo enfarto; dos idosos com catarata, que são atendidos somente quando quase cegos ou através de campanhas coletivas; dos diabéticos, que detectam a doença em campanhas ou quando já apresentam sintomas da doença, não como parte do atendimento em saúde.

Apesar das conquistas com a criação do SUS, na implementação da política econômica orientada pelo Consenso de Washington (1989), principalmente após a reeleição do presidente Fernando Henrique Cardoso, tem-se o processo de desmonte dos direitos sociais, sob o argumento da crise fiscal, do “[...] enxugamento do Estado e seu desengajamento na oferta de benefícios e serviços coletivos” (VIANA, 2001, p.175), e a realização de reformas estruturais, como privatização, desregulamentação de mercados, o que afeta diretamente a política de saúde.

As transformações decorrentes da globalização²⁷ são inúmeras, entre as quais a ampliação do desemprego, eliminação de postos de trabalho, precarização das relações de trabalho, informalização, recessão, inflação, redução de investimentos nas políticas sociais resultando no enfraquecimento dos princípios democráticos e universalistas, bem como o agravamento das desigualdades sociais e dos processos de exclusão.

No atendimento às demandas da população na perspectiva universalista da Constituição de 1988, muitas foram as disputas para que esses princípios de

²⁷ Globalização é definida por Singer (2003) como um processo de reorganização internacional do trabalho, acionado, em parte, pelas diferenças de produtividade e de custos de produção, entre países. Também é compreendida por Castel (1998) como a mundialização dos mercados, as finanças, a informação, a comunicação e os valores culturais.

universalidade fossem alterados, sempre invocando a insuficiência de recursos para aplicá-los e a necessidade da focalização de atendimento nas populações mais pobres, visando à racionalização dessa aplicação. (COUTO, 2004, p.153).

Embora exista a regulamentação em lei na Constituição Cidadã e no SUS, muitos são os obstáculos que se fazem presente e a saúde no Brasil continua sendo uma área de grande disputa na medida em que faltam repasses financeiros ao setor, mantendo ainda a dependência do setor privado, excluindo grande parcela da população do acesso aos serviços, principalmente no que se refere à assistência médica. Não se garantem dessa forma, a universalidade, a equidade e a integralidade preconizada; ao contrário a saúde presta serviços que ainda apresentam características discriminatórias, seletivas e focalizadas para diferentes cidadanias. (BRAVO, 2006)

Assim, configura-se na cidadania diferenciada aos que podem pagar pelos serviços e aos que não podem. Os primeiros, na sua maioria, são assistidos pelos planos privados de saúde com melhor padrão de qualidade, no que diz respeito à média e baixa complexidade²⁸; na alta complexidade recorrem ao SUS, em virtude da não-autorização dos planos privados. Aos que não podem pagar pelos serviços a tendência é que sejam ofertados programas focalizados, fragmentados e seletivos para atendimento “aos pobres”, com baixo padrão de qualidade.

Contraditoriamente, os serviços especializados e que exigem alta complexidade, como transplantes, aids, casos de doenças raras, são financiados pelo serviço público, o qual paga, em tese, os custos para todos que dele necessitam. Assim, a escassez dos investimentos públicos vai atingir o atendimento em saúde nos setores importantes para a prevenção e promoção da saúde em geral, criando um hiato entre os que podem e os que não podem pagar. Nesse sentido, apresenta uma dicotomia onde o cidadão é cliente e consumidor: “O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Branco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado”. (BRAVO; MATOS, 2001, p.212). Portanto, os “diferentes cidadãos” acessam os serviços, de formas diversificadas, constituindo a cidadania regulada pelo mercado, diferenciada da cidadania universal, resultado da luta coletiva conquistada e preconizada na Constituição Federal de 1988 e no SUS.

O Sistema Único de Saúde brasileiro atende a muitas reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, mas “[...] não supera as contradições existentes, dentre as quais

²⁸ Baixa complexidade corresponde aos serviços primários básicos, média complexidade aos serviços hospitalares geral e ambulatoriais especializados, e alta complexidade aos serviços de maior resolutividade e risco, como CTI, oncologia, cirurgia torácica, transplantes.

constam à exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, à burocratização e a ênfase na assistência médica curativa”. (COSTA, 2000, p.41). Desse modo, não conseguiu ainda reverter o modelo médico assistencial privatista, focado na doença, no atendimento individual, negando, assim, o conceito “ampliado de saúde”, que deveria ser garantido pela articulação da saúde com as demais políticas sociais, não como uma política reduzida à cura de doenças.

Nesse sentido se constitui o contraditório espaço das políticas sociais, que possui, ao mesmo tempo, o cenário da dominação e o cenário das lutas para superação dessa dominação. O Estado, na efetivação das políticas sociais, pratica uma relação de dominação junto à população usuária, mantendo-a numa condição de dependência social.

Na década de 1990 reforçou-se a disputa de dois projetos políticos na área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. O primeiro visa assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas públicas, destacando a descentralização, a qualidade dos serviços pautados na integralidade e na equidade das ações, o que possibilita a participação de novos atores sociais, dada principalmente através dos conselhos; solicita demandas coletivas, “busca a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde”, “acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã”. (BRAVO, 2004, p.36). Por sua vez, o segundo está “[...] pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: à contenção de gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com insenção de responsabilidade do poder central e a focalização”. (BRAVO; MATOS, 2001, p.200); vem requisitando atendimento às demandas individuais, “seleção sócio-econômicas”, onde predomina a tendência de referendar a “ideologia do favor, do assistencialismo”, da negação da garantia de direitos.

Assim, no reconhecimento da implementação do SUS tem-se gerado um importante debate sobre o processo de descentralização, operacionalizado por meio das diferentes NOBs, critérios de transferências financeiras, como fundo a fundo, estabelecimento dos planos, fundos e conselhos de saúde, buscando o fortalecimento da rede pública, a extensão da cobertura, o processo de organização da gestão, controle, monitoramento e avaliação do SUS, bem como a definição de investimento mínimo das três esferas do governo na saúde. Contudo, sua consolidação como sistema ainda sofre grandes resistências no cenário contemporâneo brasileiro.

Acontece que a descentralização que vem ocorrendo no Brasil pode ser denominada como “descentralização destrutiva”, porque apresenta, de um lado, o processo de desmonte das políticas sociais existentes e, de outro, delegam-se aos Municípios competências sem os

recursos correspondentes e/ou necessários. (SOARES, 2000). Enfatiza-se um pacote mínimo de que os Municípios devem dar conta, com a privatização dos serviços públicos para os mais empobrecidos, por meio do desenvolvimento de programas focalizados, como resultante do processo da Reforma do Estado ditada pela política econômica de recorte neoliberal, que será mais bem detalhada a seguir.

1.3. A Reforma do Estado de Bresser Pereira e os impactos na saúde

O Brasil, durante as décadas de 1970 e 1980, vivenciou importantes avanços democráticos e, na década de 1990, consolidou no campo jurídico institucional seu compromisso com o regime democrático pela ampliação dos direitos sociais, civis e políticos, mas que não se materializam na vida dos sujeitos. Ao contrário, dá-se início à “Reforma do Estado”, também chamada “gerencial”, com tendência à redução de direitos em favor de equilíbrios fiscais, em nome de um processo de modernização justificado pela ineficiência e incapacidade do Estado, com características arcaicas, patrimonialistas e burocráticas, ao mesmo tempo em que se busca fortalecer a capacidade gerencial do Estado por meio de parcerias com o setor privado, que prestaria serviços de melhor qualidade, pela criação de organizações sociais.

A implementação da Reforma do Estado ou Reforma Gerencial deu-se início em 1995 de forma gradual, durante a administração pública do governo Fernando Henrique Cardoso e do ministro Bresser Pereira no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), por meio do documento base Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. A reforma é vista pelo seu autor como uma segunda reforma, já que na década de 1930 houvera no Brasil a primeira, a Reforma Burocrática, que procurara romper com o patrimonialismo e criara a burocracia profissional no país, num regime autoritário; assim, para complementá-la seria necessária a Reforma Gerencial (BRESSER PEREIRA, 1998). Portanto, para combater o clientelismo é necessário tornar-se gerencial; logo, é necessário “[...] dar autonomia ao administrador público, valorizando sua capacidade de tomar decisões, inclusive de caráter político, ao invés de submetê-lo a um controle burocrático vexatório”. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.23).

Nesse sentido, a necessidade de realização da Reforma Gerencial é justificada pela crise fiscal²⁹ do Estado brasileiro, somado ao processo de globalização da economia mundial, com o que há necessidade de enxugar o Estado, fortalecendo-o, desenvolvendo sua capacidade de realizar poupança pública, recuperando suas finanças e redefinindo suas formas de intervir no econômico e no social, devolvendo-lhe, assim, a governança³⁰ democrática e a governabilidade³¹. (BRESSER PEREIRA, 1998). Portanto, a origem da crise seria decorrência da ineficiência do Estado, por problemas de gerenciamento; conseqüentemente, a solução seria a alteração da forma de gestão, dando ao Estado condições de superar-se e desenvolver-se. A crise não é, pois, percebida como crise econômica e política em razão do capitalismo contemporâneo, do processo de reestruturação produtiva e de globalização do capital, que retoma como central o mercado, como lócus de acesso a serviços.

A reforma apresenta em três dimensões: a institucional-legal, pois cria instituições para descentralizar as ações do Estado; a cultural, porque viabiliza mudanças dos valores burocráticos para os gerenciais, e a dimensão gestão, que trata de colocar em prática as idéias gerenciais, oferecendo um serviço público de maior qualidade ao cidadão-cliente³².

A reforma é considerada “gerencial” porque se baseia no modo de administração empresarial em busca de uma “maior eficiência das agências públicas”; “democrática” porque prevê mecanismos de delegação de autoridade e controle dos resultados; “social-democrática”, por afirmar ser o Estado o garantidor dos direitos sociais, e “social-liberal”, por acreditar no mercado como alocador de recursos, utilizando estratégias de controle das atividades financiadas pelo Estado por meio de entidades descentralizadas: as organizações públicas não estatais (BRESSER PEREIRA, 1998).

A preocupação é descentralizar por meio dessas organizações para garantir maior eficiência do sistema, reduzindo custos públicos e prestando serviços de maior qualidade e satisfação dos usuários como ocorre no setor privado. E a satisfação das necessidades do “cidadão-cliente” é alcançada em nível individual, ou seja, quando não satisfeito por um

²⁹ A crise fiscal caracterizou-se pela perda de crédito público e pela poupança pública negativa; como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado era administrado e uma crise política. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.41).

³⁰ Governança é entendida como capacidade financeira e administrativa de um governo implementar políticas. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.33)

³¹ Governabilidade é a capacidade política de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade, impossível sem governança. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.33).

³² Cidadão-cliente é o cidadão de direitos que se torna consumidor de serviços, organizações numa perspectiva empresarial, pautado nos resultados. (BEHRING, 2003, p.259.)

serviço oferecido por uma organização, busca-o em outra e pode reclamar seu direito recorrendo ao Código do Consumidor.

A descentralização é entendida de forma ampla, englobando tanto a transferência de decisões para as unidades subnacionais, como a delegação de autoridade a administradores de nível mais baixo, geralmente aqueles que dirigem agências executoras de políticas públicas, dentro de uma mesma esfera da federação. (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 23).

Entretanto, vale lembrar que essa descentralização é o “[...] mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais que configuram o setor público não estatal”. (BEHRING, 2003, p.103). A Reforma do Estado, no que diz respeito à área de saúde, consolidada pela NOB/96, é traduzida em quatro idéias básicas:

Descentralizar a administração e o controle dos gastos em saúde; [...] criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados; [...] transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais; [...] e criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família que podem ser funcionários do Estado ou podem ser contratados pelo Estado e pagos de acordo com o número de pacientes [...] (BRESSER PEREIRA, 1998, p.252).

Seguindo essa lógica, o sistema de entrada e triagem efetiva-se nos postos de saúde e no incentivo ao Programa Saúde da Família, considerados responsáveis pela integralidade das ações em saúde, sobretudo para famílias mais empobrecidas, pelo fortalecimento do sistema municipal e repasse de recursos financeiros pela União por meio de credenciamento; já os ambulatórios especializados e atendimentos de maior complexidade, como o hospitalar, seriam realizados por meio de convênios com organizações públicas não estatais e rede privada. Assim, divide-se o SUS em básico e hospitalar. Tem-se a idéia de que o mercado seria o grande mecanismo de controle social pela concorrência, a qual, contudo, não é igual para todos, mas é uma “competição desigual e inserção de concorrentes heterogêneos na economia, na política e cultura mundiais”. (VIEIRA, 2004, p.108).

Acompanhando a estratégia de descentralização estão a privatização e a focalização, persistindo a idéia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos mais pobres. (SOARES, 2000.). Criou-se a “universalização excludente” (MENDES, 1993) e a “dualidade discriminatória” (SOARES, 2000; BEHRING, 2003) entre os cidadãos que podem e os que não podem pagar pelos serviços.

Essa reforma também é vista como uma “Contra-Reforma do Estado” (BEHRING, 2003), pois vem na contramão dos direitos da cidadania e da democracia participativa, conquistados na Constituição Federal de 1988, na medida em que avança para uma política de desmonte e enfraquecimento do controle social. Portanto, a saúde fica vinculada ao mercado,

enfazando-se a realização de parcerias com a sociedade civil para dar respostas à crise. A exemplo disso têm-se os cuidadores e agentes de saúde, que realizam atividades que seriam de responsabilidade de profissionais, com objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2006, p.100).

A realização da Reforma ou Contra-Reforma do Estado na saúde brasileira demanda o rompimento com o caráter universalista do SUS, pois “[...] a saúde constitui-se numa mercadoria a ser comprada no mercado [...]” (MOTA, 2006, p.44), ficando encarregada de prestar atendimento aos mais empobrecidos, que não podem pagar pelos serviços oferecidos pelo mercado. É assim, um modelo assistencial que privatiza o que é público, focado na

[...] oferta da atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde e estimulando a criação das Organizações Sociais, com repasse de recursos públicos; o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços em saúde; e a transferência das funções do Ministério da Saúde para agências de regulação e organizações não-estatais. (CORREIA, 2006, p.132).

Embora o Plano Diretor de Reforma do Estado de Bresser Pereira não tenha sido implantado na sua íntegra, inclusive tendo sido, nesse processo, extinto o Mare, as idéias desse projeto ainda se mantêm vivas, disputando com o SUS a forma de organização do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Na verdade, o Sistema Único de Saúde brasileiro avançou, todavia muito ainda é preciso investir para que esta política se materialize no cotidiano dos sujeitos usuários, conforme o planejado. Para tal, é necessário resgatar o caráter democrático da saúde discutido e legalmente instituído pela Reforma Sanitária, procurando avançar no sentido de atingir a integralidade do sistema, a universalidade do direito, a participação e controle social, a responsabilidade pública, e não configurar-se como mais uma estratégia da política econômica de recorte neoliberal para redução de custos, contemplando outras formas de respostas do papel do Estado³³, ou novo tratamento no atendimento da pobreza, no que diz respeito aos serviços públicos estatais da saúde.

³³ Pensando na perspectiva de Estado plural - não mais o Estado como grande ator central responsável pelas políticas sociais, mas novos atores, como o mercado e o terceiro setor. (PEREIRA, 2004)

1.4. Pacto pela Saúde: a retomada da defesa do SUS?

Dando continuidade ao processo de “modernização”, foi divulgado e aprovado pelo Ministério de Saúde do governo Luiz Inácio Lula da Silva, pela portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 , o “Pacto pela Saúde 2006”.

De acordo com o próprio ministério, o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão que objetiva inovar os processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que redefine as responsabilidades de cada gestor em razão das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Cabe enfatizar que o pacto é resultado de discussões desde 2003, após o “Seminário para Construção de Consensos do Conass e da Carta de Sergipe e, a de forma mais intensa, a partir da oficina Agenda do Pacto de Gestão, com representação do Conass, Conasems e do Ministério da Saúde”. (CONASS, 2006).

O Pacto pela Saúde pretende substituir os processos de habilitação de gestão anteriormente firmados, tendo dentre suas prioridades “compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; a valorização a saúde, e necessária articulação intersetorial, fortalecimento do papel dos Estados e luta por mais recursos para área de saúde”. (CONASS, 2006). Conforme a portaria citada, o pacto deverá ser revisado anualmente com base nos princípios do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, devendo ter prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida constituído por um conjunto de compromissos sanitários, deve ser executado com foco em resultados, rompendo com a forma de pactuação por meio de normas operacionais e devendo ser revisto anualmente quanto às prioridades e avaliação dos resultados. Suas prioridades para 2006 são a saúde do idoso; câncer de colo de útero e mama; mortalidade infantil e materna; doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e atenção básica/primária à saúde.

O Pacto em Defesa do SUS busca implementar um projeto permanente de mobilização social, com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar a curto prazo a

regulamentação da emenda constitucional nº. 29 pelo Congresso Nacional e, a longo prazo, o incremento de recursos orçamentários e financeiros para a saúde e aprovar o orçamento do SUS de acordo com as três esferas de gestão, conforme seus respectivos compromissos.

O Pacto de Gestão do SUS estabelece responsabilidades entre os entes federados, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS; reitera a importância do controle social e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

O financiamento passa a integralizar cinco grandes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

No que se refere mais especificamente ao bloco de Atenção Básica, estabelece dois pisos: Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável. O primeiro é repassado mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, como forma de custeio de ações de atenção básica a saúde; o segundo é destinado ao custeio de estratégias realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário, Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória, e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. (BRASIL, 2003).

Não se pretende aqui aprofundar a discussão sobre o Pacto pela Saúde, mas chamar a atenção para as diversas tentativas de consolidação do SUS, procurando trazer à tona as categorias do método, historicidade, contradição e totalidade, visto que tudo está interconectado. Desde a NOB 01/96 verificam-se a ênfase na atenção primária e a expansão do PSF, contudo a partir do pacto a estratégia de saúde da família passa a ser prioritária para o fortalecimento da atenção primária nos pequenos, médios e grandes municípios. Tem-se, então, a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Tendo em vista o objeto deste estudo, o PSF, que compõe, juntamente com o Pacs, a estratégia de abrangência nacional para a reorganização da atenção básica de saúde será detalhado a seguir.

1.5. O Programa Saúde da Família:

O Ministério de Saúde, em 1994, quando criou o Programa Saúde da Família, destacava seguir os princípios básicos do SUS, assumindo o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. O propósito era reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, rompendo com o caráter passivo das Unidades de Saúde (US), levando as ações de saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. O objetivo do programa, segundo o discurso oficial do Ministério da Saúde, constituía-se em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua.

A expansão do PSF no Brasil depende da adesão e vontade política do gestor e da própria comunidade, contudo o Ministério da Saúde contribui enfaticamente, por meio de incentivos financeiros desde sua implantação. Mais especificamente, no caso do Rio Grande do Sul e na maioria dos estados o Programa Agentes Comunitários de Saúde foi seu antecessor, uma vez que é dada ênfase também à família e à comunidade local, por ser organizado por meio de ações preventivas.

A Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em seu planejamento do período de 2003 a 2006, lançou Programa Saúde da Família como eixo estruturante para o desenvolvimento de suas ações, priorizando compromissos entre eles: “Programa Saúde para Todos” pela expansão do PSF, por meio da “ampliação e qualificação da rede de Atenção Básica à Saúde”, aumentando a cobertura do PSF para 1600 equipes de PSF nos quatro anos de governo. (TERRA, 2004). Conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde, o histórico da cobertura do PSF/RS em outubro de 2006 totaliza 1.119 equipes Saúde da Família. (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

As tabelas 1 e 2 abaixo revelam a expansão do PSF no Brasil por região e no Rio Grande do Sul.

Tabela 1- Demonstrativo do PSF no Brasil por Região de 2001 a 2005

UF	Número de municípios com ESF ³⁴ Ano base					Percentual de municípios com ESF Ano base					Número de ESF Ano base				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
CENTRO OESTE	376	439	447	434	459	81,2	94,8	96,5	93,7	98,5	1.183	1.417	1.493	1587	1.774
NORDESTE	1.278	1.408	1.505	1.581	1.731	71,3	78,6	84,0	88,2	96,5	5.479	6.699	7.641	8.515	10.282
NORTE	274	328	331	353	390	61,0	73,1	73,7	78,6	86,9	914	1.192	1.279	1.435	1.707
SUDESTE	1.075	1.169	1.283	1.319	1.379	64,4	70,1	76,9	79,1	82,7	3.698	4.967	5.883	6.534	7.274
SUL	679	817	922	977	1.027	57,1	68,7	77,6	82,2	86,4	1.881	2.423	2.772	3.161	3.527
BRASIL	3.682	4.161	4.488	4.664	4.986	66,2	74,8	80,7	83,9	89,6	13.155	16.698	19.068	21.232	24,564

Fonte: SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica
www.saude.gov.br- acesso em 18.04.2006.
 Sistematização da pesquisadora.

³⁴ ESF- Estratégia de Saúde da Família

Tabela 2- Demonstrativo do PSF no Brasil - região Sul de 2001 a 2005

REGIÃO SUL	Número de municípios com ESF ³⁵ Ano base					Percentual de municípios com ESF Ano base					Número de ESF Ano base				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
PR	283	308	331	334	365	70,9	77,2	83,0	83,7	91,5	920	1.071	1.161	1.265	1.452
RS	169	241	306	362	382	34,0	48,5	61,7	73,0	77,0	303	470	615	843	939
SC	227	268	285	281	280	77,5	91,5	97,3	95,9	95,6	658	882	996	1.053	1.136
TOTAL	679	817	922	977	1.027	57,1	68,7	77,6	82,2	86,4	1.881	2.423	2.772	3.161	3.527

Fonte: SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica.
www. saúde.gov.br- acesso em 18.04.2006.
Sistematização da pesquisadora.

³⁵ ESF- Estratégia de Saúde da Família

As tabelas apontam dados bastante importantes do ponto de vista da expansão do PSF, demonstrando que há uma sistemática ampliação em todo o Brasil do programa. A região Sul, que em 2001 tinha 57,1% de municípios com o programa (o menor percentual do Brasil), em 2004 apresenta um índice de 82,2%, ou seja, dentro da média nacional. A Tabela 2 aponta a mesma trajetória do Rio Grande do Sul, que em 2001 tinha 34% de municípios com PSF e, em 2005, apresenta um índice de 77%. Os dados mostram que na região Sul, o Rio Grande do Sul é ainda o estado com o menor índice de cobertura pelo PSF, o que pode ser entendido como conseqüência da potencialidade do movimento sanitário no estado e da resistência da população às alterações na proposta original do SUS.

No PSF o atendimento de saúde é prestado na unidade básica ou no domicílio pela equipe básica, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e que, quando ampliada, conta ainda com dentista. O Ministério de Saúde deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, porém o financiamento do programa diz respeito somente à equipe básica, ficando a cargo dos Municípios o custeio desses outros profissionais. Enfatiza um trabalho em equipe, mas a lógica de atendimento continua centrada no profissional médico, comprometendo a interdisciplinaridade.

O PSF, apesar de preconizar trabalhar de forma coletiva, recíproca e com tendência à horizontalidade nas relações de poder entre diversos campos do saber, tem dificuldade de realizar essa diretriz, principalmente quando predomina a hierarquização, centrada no médico, podendo existir uma supremacia de saberes e desvalorização de outras categorias profissionais. Uma equipe básica sugere o necessário, porém melhor “[...] capacitada/treinada que seja, não vai conseguir atender as questões que envolvem outras áreas de saber, nem corresponder à demanda que lhe apresenta a realidade social”.(TEIXEIRA;NUNES, 2004, p.129).

A interdisciplinaridade pode qualificar o serviço e contribuir para uma maior resolutividade. Dessa forma, é necessário uma equipe diversificada, que agregue outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas, dentre outros, “[...] profissionais que tenham em sua formação, conteúdos teórico-metodológicos para complementar o conhecimento do clínico, do epidemiológico, como o social”.(TEIXEIRA;NUNES, 2004. p.130).

O programa é desenvolvido em nível local, ficando vulnerável à estrutura econômica do Município, pois está agregada a concepção de descentralização, que se caracteriza “[...] pela mera transferência da responsabilidade sobre os serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais do governo”. (SOARES, 2000, p.77).

Assim, os Municípios, para atender à demanda de saúde dos usuários que procuram os serviços de saúde, acabam por atender aos “comprovadamente pobres”, constituindo-se uma maneira perversa de incluir os que não podem pagar pelos serviços. Em consequência os que podem pagar pelos serviços acabam por ser discriminados, contrapondo-se a lógica universalizante. Na focalização “tem-se a idéia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres”. (SOARES, 2000, p.79). Contudo, a “focalização sem universalização discrimina, corrói a relação ao direito, passando a considerar o benefício como ato pessoal destituído de cidadania”. (FALEIROS, 1999, p.161).

Diante desse contexto, desvenda-se o desafio de trabalhar práticas democráticas para visualizar e compreender as dificuldades por que passam as classes subalternizadas no sentido de avançar socialmente na luta pela conquista da cidadania. Para isso, torna-se essencial a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais, garantindo os direitos sociais e privilegiando interesses e necessidades dos usuários, a democratização das informações e o fortalecimento do controle social.

Com todas suas lacunas, o PSF avançou no sentido de democratizar o acesso aos serviços de saúde e contribuiu na articulação do controle social e no processo de descentralização, uma vez que serviu como mecanismo de pressão para a adequação dos municípios à NOB 1/96, mas não conseguiu dar conta da demanda para qual foi criado; ao contrário, tem sido uma área que enfrenta vários problemas, conforme demonstram dados da pesquisa empírica desta dissertação, apresentados no capítulo 3. Na medida em que trabalha na perspectiva da atenção integral à saúde, privilegiando a atenção de saúde em nível primário, pode atingir alta resolutividade, reduzindo muito o fluxo nos ambulatórios e nos hospitais. Portanto, apresenta-se “[...] lógico e racional, na linha do princípio de custo-benefício, da racionalidade do sistema de saúde e da filosofia do mercado, mas, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória, de baixo custo [...]”. (TEIXEIRA, 2001, p.238).

O programa fragiliza-se sugerindo uma estrutura própria, paralela às das unidades básicas de saúde, que foi uma luta do próprio SUS para garantir o atendimento universal, integral e equânime em saúde, porém acaba desmontando as próprias unidades em detrimento

do programa, não permitindo uma infra-estrutura adequada. Dessa realidade diferenciam-se os municípios que optam por trabalhar o programa na própria unidade.

Num sistema fragmentado ocorrem dificuldades nos mecanismos de referência e contra-referência e falta atendimento quando os usuários necessitam, diminuindo a resolutividade do programa. O programa pode funcionar bem num sistema integrado de saúde, que pressupõe a interligação dos níveis de atenção secundário e terciário em saúde para casos de média e alta complexidade, que necessitam do apoio diagnóstico e assistência farmacêutica. Contudo, os usuários, na maior parte dos estados brasileiros, para conseguir autorização de exames diagnóstico ou até mesmo medicação, passam por longas filas de espera, expondo-se a situações constrangedoras, em razão da precariedade em que vivem. Os que conseguem utilizar a tática do conhecimento pessoal para burlar o sistema beneficiam-se mais rapidamente. Portanto, “[...] predomina uma visão prática individualizada”, meritocrática. (TEIXEIRA, 2001, p.241).

No PSF a política de recursos humanos é diferenciada dos demais profissionais das unidades básicas de saúde. Apresenta-se como trabalho precarizado, pois possui características seletivas, não realiza concurso público, recebe salário superior ao da rede de serviços em saúde, diferenciado na própria equipe, o que não garante a qualidade dos serviços, contradizendo a proposta democrática do próprio programa.

O contexto das políticas sociais de seguridade social constitui-se no espaço sócio-ocupacional da maioria dos assistentes sociais inseridos no mercado de trabalho, e o PSF, tem-se apresentado como um importante campo de intervenção profissional. Para tal, faz-se, necessária a leitura crítica da realidade social, desvendando suas contradições para fortalecer o avanço da luta dos direitos sociais com vistas à inclusão social e cidadania.

Dessa forma, muitos são os desafios postos ao PSF e aos trabalhadores nele inseridos. Desde a sua criação, o programa respondeu a várias conformações, de acordo com as posições políticas e movimentos de pressão da sociedade, ora como contraponto aos princípios do SUS, ora como reforço importante à saúde e ao SUS. Nesse movimento é preciso apontar que o programa possui potencialidades importantes que devem ser ressaltadas para que se transforme, efetivamente, num instrumento na direção da garantia do acesso universal à saúde no Brasil.

2. PROCESSOS DE TRABALHO NO SERVIÇO SOCIAL

Neste capítulo tem-se a tarefa de compreender como se alicerça hoje o debate sobre o processo de trabalho no Serviço Social. Para tanto, é essencial desvendar o movimento de alterações no mundo do trabalho gestado na sociedade capitalista contemporânea, onde cada vez mais o trabalhador é levado à alienação de seu processo de trabalho. Contraditoriamente, os assistentes sociais são instigados a compreender e qualificar esse processo para que possam dar materialidade ao projeto ético-político do Serviço Social.

As mudanças ocorridas no Sistema de Seguridade Social do Brasil, fundamentadas para esse debate, estão vinculadas ao contexto macrosocietário “determinado pela relação entre a crise econômica dos anos 80 e mecanismos para seu enfrentamento”, no qual as “mudanças no mundo do trabalho” configuram-se pelo esgotamento do modelo de produção fordista/keynesianista e pela substituição da acumulação flexível e as “mudanças na intervenção do Estado”, com a redução do papel do Estado, caracterizada pela contenção de gastos e a transferência de responsabilidades para o setor privado. (MOTA, 1995, p. 117). Essas mudanças trazem em si novas modalidades de gestão de mão-de-obra, provocando alterações não só no mercado de trabalho, mas também na forma de produzir e no modo de ser dos trabalhadores.

Dessa forma, para a compreensão do trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família é necessário o entendimento dessas transformações no mundo do trabalho, as quais estão diretamente relacionadas com a intervenção profissional, uma vez que nesse contexto estão inseridos os profissionais que atuam na política de saúde.

2.1. Contextualizando o mundo do trabalho

Refletir acerca das transformações do mundo do trabalho remete para a questão do trabalho e do seu significado na vida dos sujeitos sociais. O trabalho é considerado como “centralidade na vida do ser enquanto valor social”, estando em “crise devido a suas metamorfoses”, não do seu fim, uma vez que o capital depende, em grande parte, do trabalho para reproduzir-se. (ANTUNES, 2006).

Para a contextualização dessas mudanças parte-se da perspectiva marxista, que entende ser o trabalho

[...] um processo de que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais. [...] No fim do processo do trabalho lhe aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. (MARX, 1989, p.202).

Assim, o trabalho é produto do homem, que, ao interagir com a natureza, gasta sua força física e mental, voltado a satisfazer suas necessidades humanas, modificando-se a si mesmo, ao destinar parte de si para a produção de bens e serviços.

Por meio do trabalho o homem desenvolve sua consciência para intervir na natureza e interagir com outros homens, suprindo suas “condições materiais de vida”, uma vez que a vida “é o primeiro pressuposto para fazer história, e viver significa comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais [...]”. (MARX; ENGELS, 2005, p.27). Assim, o trabalho humaniza o homem e “[...] não é obra de um indivíduo, mas da cooperação entre os homens; só se objetiva socialmente, de modo determinado; responde a necessidades sócio-históricas, produz formas de interação humana [...]”. (BARROCO, 2005, p.27).

Todo trabalho se desenvolve por meio de um processo pelo qual os homens constroem sua vida material e seu próprio modo de ser. Por processo de trabalho entende-se toda

[...] atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural da vida humana, sem depender, portanto de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 1989, p.208).

Nas sociedades capitalistas o processo de trabalho é também um processo de valorização, já que o essencial não é a satisfação das necessidades do trabalhador, mas a valorização do capital, a produção da mais-valia³⁶, que é obtida pela exploração do capital sobre o trabalho, o qual passa, então, a ter um valor de uso e um valor de troca, ou seja, torna-se uma mercadoria.

No contexto sócio-histórico o mundo do trabalho vem sofrendo importantes mutações tanto na forma de produzir como na maneira de ser da classe trabalhadora,

³⁶ Mais-valia ou lucro: aquela parte do valor da mercadoria em que se incorpora o sobretabalho, ou trabalho não remunerado. (ANTUNES, 2004).

referenciada por Marx. Na contemporaneidade, a “classe-que-vive-do-trabalho” tem seu núcleo nos trabalhadores produtivos, no seu sentido mais amplo, mas não se restringe ao trabalho industrial e/ ou fabril, englobando também o trabalhador produtivo e o improdutivo. Assim,

[...] compreende não somente os trabalhadores manuais direto, mas incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário. (ANTUNES, 2000, p.101). Enfim, o “conjunto de seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho, que são assalariados e desprovidos dos meios de produção como os [...] trabalhadores precarizados, terceirizados, fabris e de serviços, part-time, que se caracterizam pelo vínculo temporário, pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo. Também o proletariado rural e “[...] totalidade dos trabalhadores desempregados que se constituem nesse monumental exército industrial de reserva”. (ANTUNES, 2005, p.52).

Para se compreender a importância do trabalho na constituição da sociedade capitalista é preciso considerar três movimentos fundamentais: a primeira Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em 1780; a segunda Revolução Industrial, sob hegemonia dos Estados Unidos, em 1913, e a terceira Revolução Industrial, no Japão, em 1975.

A primeira Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra (1780), caracterizou-se principalmente pela inserção da máquina nos processos de trabalho e produção. Foi um período das transformações “[...] tecnológicas e sociais, basicamente no setor têxtil e na introdução, em outros setores, da máquina a vapor na produção, em substituição às antigas fontes de energia até então empregadas (força manual, tração animal, energia hidráulica)” (OLIVEIRA, 2003, p.76). Aos poucos, a máquina de tear foi sendo substituída pelo tear mecânico, porque até então toda a produção era artesanal, a qual passou a ser fabril e assalariada, elevando a produtividade e diminuindo os custos da produção.

A Segunda Revolução Industrial, nos Estados Unidos (1913), apresentou como inovação a “eletricidade como força motriz e de combustíveis produzidos do petróleo (gasolina), a invenção do rádio, do submarino e dos motores de explosão, sendo o automóvel o invento mais expressivo do aproveitamento desses motores”. (OLIVEIRA, 2003, p.76). Houve a transformação do ferro em aço e a substituição do vapor pela eletricidade, com isso se desenvolvendo os meios de transporte e estradas e ocorrendo grandes investimentos econômicos no setor produtivo. Têm-se, então, a aceleração do processo de produção e o aprimoramento da indústria.

Havia, entretanto, necessidade de novas formas de organização do trabalho. Assim, propôs-se um novo modelo de produção e gestão de mão-de-obra, o taylorista³⁷-fordista³⁸, iniciado na indústria automobilística e que se estendeu a outros setores da economia. O modelo é caracterizado como produção em massa, por suas rígidas linhas de montagem, produtos mais homogêneos, controle rígido do tempo (fordista) e produção em série (taylorista), estrutura verticalizada, parcelamento, fragmentação e repetitividade, com a fixação da força de trabalho, regulamentação e controle de trabalho. (COUTO; PERUZZO, 1999, p.18). Com isso, aumentou-se a extração da mais-valia absoluta³⁹ e da mais-valia relativa⁴⁰, seja pela “máquina-ferramenta”, seja pelo prolongamento da jornada de trabalho e do progresso técnico pela expulsão de empregos.

Configurou-se, portanto, aos poucos a redução do trabalho concreto⁴¹ para a ampliação do trabalho abstrato⁴², cuja finalidade principal é racionalizar as atividades para “[...] evitar desperdícios na produção, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo de trabalho, com isso intensificar as formas de exploração”. (ANTUNES, 2000, p.37). Em nome da concorrência baixam-se os custos, aumentando a produtividade pela a intensificação dos ritmos de trabalho com vistas à acumulação, centralização e lucratividade do capital. Esta é uma tendência característica do modo de produção capitalista: aumentar a produtividade do trabalho pelo aumento do trabalho morto em proporção maior que o trabalho vivo. (SALAMA; VALIER, 1975, p.86).

³⁷ Proposta por F.W. Taylor, a administração científica prevê o controle de tempos e movimentos de produção. Cada trabalhador deve especializar-se em uma única tarefa, prèdeterminada, com uma linha rígida de produção, separando elaboração e execução, dando ênfase ao trabalho individual fragmentado em diversas unidades. O trabalho apresenta-se monótono, repetitivo, mecânico realizado pelo “operário-massa”. (ANTUNES, 2000).

³⁸ Proposto por Henry Ford, através da implantação da fábrica automobilística Ford (EUA), caracterizado como um modelo de produção que associa inovações tecnológicas e organizacionais para a produção e o consumo em massa de mercadorias. Procura a integração de setores e postos através de um sistema de esteiras rolantes, linhas de montagem, ocorrendo uma vasta mecanização no processo através da “máquina-ferramenta” Assim, tem um maior controle do tempo e movimento ditado pelas esteiras rolantes e fixação do trabalhador no seu posto de trabalho. (ANTUNES, 2000).

³⁹ O aumento da mais-valia absoluta se dá através do mecanismo de **aumento da duração da jornada de trabalho** e/ou do **aumento da intensidade do trabalho** pela aceleração dos ritmos e pela racionalização dos gestos. Produzir mais em menor tempo. (SALAMA, VALIER, 1975).

⁴⁰ Através do **aumento da produtividade do trabalho** significa, principalmente, diminuir o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir bens de consumo necessários à conservação da força de trabalho pela diminuição do valor da força de trabalho. (SALAMA, VALIER, 1975). Conseguir-se isso graças à utilização de máquinas numerosas e aperfeiçoadas.

⁴¹ Todo trabalho tem em si a dimensão concreta e abstrata, mas o trabalho concreto é o dispêndio de força humana em sua relação com outros homens e a natureza para criar valores de uso, ou seja, caráter útil das coisas necessárias. (MARX, 1989, p. 49)

⁴² Trabalho abstrato é o dispêndio da força humana produtiva, física, intelectual para criar valores de troca (MARX, 1989, p. 50).

Assim, o trabalho proposto — monótono, repetitivo, forçado, dominado e explorado, sem significado para o trabalhador — impossibilita sua auto-realização, dada pela atividade livre e criadora, uma vez que seu trabalho não lhe pertence, mas a outro; ele o executa para suprir, prioritariamente, as necessidades do capital, não as suas, sobrando para si apenas os meios de sobrevivência. Assim, ocorre a alienação do trabalhador⁴³, pois seu trabalho o escraviza e lhe é externo; ele sai do processo produtivo como entrou, apenas com sua força de trabalho como fonte de riqueza pessoal, que se realiza criando riqueza para os outros, deixando de lado seu desgaste físico e mental, consumido pelo capital no processo de trabalho, para receber em troca da venda de sua força de trabalho seus meios de vida, seu salário. Retornando ao mercado, novamente vendem parte de si mesmo para produzir sua sobrevivência e de sua família, já que esses meios são de propriedade do capitalista.

Esse modelo de produção e gestão de mão-de-obra possibilitou, por um lado, grande desenvolvimento econômico, acumulação capitalista e um expressivo crescimento da produtividade por meio das inovações tecnológicas de investimentos no setor industrial e consumo coletivo, melhorando o padrão de vida material dos trabalhadores à medida que ocorria a inserção no mercado formal e conquistavam seus direitos trabalhistas sob influência das idéias keynesianas⁴⁴.

Por outro lado, o trabalhador passou a demonstrar resistência, como “os boicotes”, a “resistência ao trabalho”, por meio de faltas, fugas, greves da classe trabalhadora, especialmente em virtude das condições penosas de trabalho vivenciadas, “[...] pela destituição de qualquer participação no processo de trabalho, que se resumia a uma atividade repetitiva e desprovida de sentido”. (ANTUNES, 2000, p. 41).

A partir da década de 1970, o capitalismo passou a atravessar uma importante crise do padrão de acumulação capitalista, caracterizada pela crescente queda da taxa de lucro, em razão do aumento do preço da força de trabalho e das lutas sociais da década de 1960 em relação ao controle da produção; pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, originado pela incapacidade de responder à retração do consumo; pelo aumento da esfera financeira e sua autonomia perante o capital produtivo; pela crescente concentração de capitais a partir de grandes fusões; pela crise do “Estado do bem-estar social,

⁴³ Quando o trabalhador “se relaciona com o produto de seu trabalho como a um objeto estranho.” A objetivação do trabalho aparece na esfera da economia política como “desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação”. (MARX, 2004, p.112)

⁴⁴ Jonh Maynard Keynes defendia a “[...] idéia de que havia necessidade da intervenção do Estado através de um planejamento, para as condições de acumulação capitalista sejam restabelecidas. Implantou principalmente na Europa do pós-guerra, a proposta do Welfare State. Buscando uma intervenção no mercado produtivo e na promoção do bem-estar, a fim de diminuir as desigualdades sociais”. (COUTO, 2004, p.64).

provocando crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência ao capital privado; incremento das privatizações e tendência às desregulamentações e a flexibilização do processo de produção, da força de trabalho e dos mercados”. (ANTUNES, 2000, p. 29-30).

Como resposta à crise estrutural do capital, deu-se início à “[...] implementação de um amplo processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo produtivo, afetando fortemente o mundo do trabalho” (ANTUNES, 2000, p.36). Era a chamada de Terceira Revolução Industrial, apresentando novas tecnologias, agora no modelo toyotista de organização e gestão de mão-de-obra, que vai contra a rigidez do modelo anterior. Iniciada no Japão em 1975, esta revolução marca uma nova etapa do desenvolvimento capitalista, caracterizada pela substituição do modelo taylorista/fordista pelo toyotismo⁴⁵. É também chamada de “acumulação flexível”, na medida em que a máquina-ferramenta vai sendo substituída pela automação, robótica e microeletrônica, sob influência das idéias neoliberais⁴⁶.

Os principais traços desse modelo são: a produção é vinculada à demanda para atender o mercado consumidor mais individualizado; o trabalho desenvolve-se em equipe e com atuação multifuncional, com o trabalhador, simultaneamente, operando várias máquinas; adota o princípio *just in time*, para melhor aproveitamento do tempo de produção; funciona por um sistema *kanban*, placas ou senhas de comando para reposição de peças e estoques; por meio de uma estrutura horizontalizada, prioriza o que é central, a produção; com isso, há a flexibilização, terceirização, subcontratação; organiza os círculos de controle de qualidade (CCQs), compostos por grupos de trabalhadores incentivados a discutir seu trabalho e desempenho para aumentar a produtividade; implanta-se “emprego vitalício” para uma parcela de trabalhadores. (ANTUNES, 2000, p.54-55).

Essas alterações interferem não só nos processos produtivos, mas na subjetividade da “classe-que-vive-do-trabalho”, alterando os ambientes de trabalho, fragmentando, fragilizando e, muitas vezes, pulverizando a identidade de classe, em virtude do “refluxo do nível de consciência e nível organizacional” (JOFFILY, 2002), isso porque se exigem do trabalhador polivalência e qualificação para operar as novas máquinas, colaboração para

⁴⁵ Toyotismo proposto por Ohno, engenheiro que criou a fábrica Toyota no Japão. Ênfase na informática, robôs, produção just-in-time, trabalho polivalente, equipe flexível, novos padrões de gestão da força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), a gestão participativa, a busca da qualidade total.(ANTUNES, 2006, p.24 – 27). Ver também ANTUNES (2000, p.52-53).

⁴⁶ Idéias ditadas pelo “ajuste neoliberal”, enfatizando a liberdade de mercado, através da desregulamentação da economia, “[...] livre fluxo de produtos e do capital”, também questionada como “[...] desregulamentadora de direitos”.(COUTO, 2004, p.70-72).

trabalhar em equipe e saber intelectualizado para “participar e contribuir” nos processos de trabalho em nome da parceria e da competitividade.

Os resultados desse processo são uma *heterogeneização, fragmentação e complexificação* da classe-que-vive-do-trabalho, em razão do crescimento do trabalho terceirizado, precário e parcial; a desregulamentação e desproteção das relações trabalhistas; o aumento do trabalho feminino e juvenescimento; a presença de um grupo de pessoas qualificadas com melhores funções e salários e um grupo de pessoas desqualificadas, subcontradas, temporárias e, ainda, um mercado formal e informal. (ANTUNES, 2006). Ainda, a substituição do trabalho vivo (trabalhadores) pelo trabalho morto (matéria-prima e máquinas) aumenta o desemprego, pela diminuição dos postos de trabalho e da produção conforme a demanda, na lógica da empresa “enxuta” e grupos terceirizados, ou seja, o uso de tecnologias de ponta para produzir mais, com menos custo e com número reduzido de trabalhadores, gera insegurança ao trabalhador.

Apresentam-se a **insegurança no mercado de trabalho** com a significativa redução do emprego, em oposição à idéia de que o crescimento econômico traria mais vagas no mercado de trabalho; a **insegurança no emprego**, por causa da transformação dos contratos formais em contratos flexíveis, do trabalho em tempo parcial, temporário, do aumento do trabalho informal e da desregulação por parte do Estado, configurando-se, então, duas maneiras de flexibilidade do trabalho: uma funcional, quando o trabalhador assume novas funções, e uma externa, quando é demitido e incorporado de acordo com a demanda; a **insegurança de renda**, visto que os rendimentos são variáveis, sem garantia e instáveis; a **insegurança no contrato de trabalho**, devido o reduzido poder de negociação dos sindicatos; a **insegurança na representação do trabalho**, por haver redução dos sindicatos em alguns países, onde o sindicalismo assumiu um caráter assistencial, trazendo benefícios somente aos associados. (MATTOSO, 1995).

Cabe, entretanto, ressaltar que todas essas transformações no mundo do trabalho estão também vinculadas à mudança no papel do Estado enquanto regulador da produção material, que deu base à sociedade do *welfare State-keynesianismo*, não vivenciado no Brasil,

aproximado pelo Estado intervencionista⁴⁷, com início na era Vargas, assentando-se no populismo — “Governo Popular, ministério reacionário”. (MANTEGA, 1984). Assim, passou-se a um Estado regulado pelo mercado, baseado no recorte teórico neoliberal, influenciado pelo Consenso de Washington, que previu medidas de liberação da economia e realização de reformas estruturais, as quais fortalecem mecanismos de redução com gastos públicos, cortes de despesas na área da saúde, assistência social, previdência, segurança , entre outros.

Assim, o sistema de proteção social brasileiro, baseado nas contribuições do emprego formal, com a diminuição de postos de trabalho no mercado formal, bem como o aumento da taxa de desemprego, materializa uma crise na garantia de direitos sociais. Coloca-se uma grande restrição no Sistema de Seguridade Social, uma vez que a fonte de financiamento está vinculada ao trabalho por meio de contribuições à Previdência Social e arrecadação de impostos, constituindo o fundo público⁴⁸, que retorna para a sociedade sobretudo por meio de serviços e programas sociais, que, contudo, perdem a sua potencialidade em decorrência da escassez de recursos financeiros.

Repercute a retomada de uma estratégia de favorecimento do mercado em detrimento da concepção de seguridade social, universal, solidária, democrática, sob a primazia da responsabilidade do Estado, ou seja, “mais mercado e menos Estado”. Identifica-se uma forte “tendência de complementaridade e de mixagem das ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, fomentando as ações privadas na área da seguridade social”. (SILVA, 2004, p.137-140). Com isso, no Programa de Publicização⁴⁹ surgem as organizações sociais, implementam organizações filantrópicas e o terceiro setor, a tão chamada “responsabilidade social”, como parte da formação de uma nova cultura, para dar conta do que o Estado e o mercado não dão,

⁴⁷ Estado Intervencionista de Roberto Simonsen, baseado no paradigma teórico keynesiano, que reforça as estruturas produtivas através da presença do Estado enquanto agente interventor e regulador das atividades econômicas, dando respostas às pressões das massas urbanas e cooptando-as para o novo projeto social, através de políticas públicas. Almejava um ritmo mais acelerado de desenvolvimento econômico pela intensificação da industrialização, melhorando a alocação de recursos econômicos e financeiros, inclusive internacionais. No quadro ideológico crescia a idéia de nação forte. Tal projeto foi atropelado pelos movimentos sociais e pelas pressões populares devido ao intenso processo de urbanização e crescimento do proletariado. (MANTEGA, 1984, p.27). Na prática impulsionou a mudança do modelo agrário para o industrial, do rural para o urbano, mas não houve alterações no padrão de renda, e, sim, o oposto como uma maior concentração de renda e aumento das desigualdades sociais.

⁴⁸ O Fundo Público é constituído através de complexos mecanismos de captação, arrecadação, gestão e alocação representa a parcela do excedente econômico apropriada pelo Estado na forma de contribuições e impostos. (SILVA, 2004, p138).

⁴⁹ Programa de Publicização consta no documento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e tem como proposta a criação das agências executivas e das organizações sociais, Terceiro setor para produção de bens ou serviços públicos não estatais (BEHRING, 2003, p. 204).

com apelo à filantropia⁵⁰ e ao voluntariado. Assim, o sujeito de direitos torna-se “cidadão-cliente, consumidor de serviços de organizações, numa perspectiva empresarial”. (BEHRING, 2003, p.259).

No Brasil a situação torna-se mais agravante em virtude do contexto sócio-histórico, no qual

a redução do emprego, aliada à retração do Estado em suas responsabilidades públicas no âmbito de serviços e direitos sociais, faz crescer a pobreza e a miséria, passa a comprometer os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida. (IAMAMOTO, 2001, p.87).

Além de o Estado não ser mais pensado como protagonista no atendimento às demandas sociais, há a ampliação do processo de privatização de empresas públicas, principalmente na área de serviços estatais, as quais passaram a ser também atendidas pelo setor privado, por meio de serviços focalizados destinados às populações mais empobrecidas, ocasionando a chamada “universalização excludente”, referenciada no capítulo anterior.

A política social de saúde é tensionada a partir de uma tendência privatizante, através do segmento privado supletivo e complementar. (SILVA, 2004, p.145). A privatização induzida nesse caso é por meio de estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tornando-se um problema de “direito do consumidor e não um problema de direito social”. (BEHRING, 2003, p.268). A flexibilização, assim, “[...] é um elemento estratégico para diminuição do custo Brasil e a garantia de condições *atrativas* para permanência de capital estrangeiro no país”. (BEHRING, 2003, p.228). Privatizam-se, pois, preferencialmente, os setores mais lucrativos, a exemplo da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), Vale do Rio Doce, telecomunicações, dentre outras.

Nessa nova “morfologia do trabalho⁵¹” também se inserem os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde, que sofrem as inseguranças mencionadas e não são imunes às transformações do mundo do trabalho, as quais afetam a classe trabalhadora, pois “[...] não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho”. (IAMAMOTO, 2001, p.64). Esse contexto reflete diretamente na atuação dos profissionais que trabalham na perspectiva da garantia de direitos, fortalecendo mecanismos de resistência na tentativa da diminuição das desigualdades sociais, as quais “[...] são indissociáveis da concentração de

⁵⁰ “O termo filantropia —que significa *amor à humanidade*— remete às noções de benemerência e de caridade. Como o Estado não cumpre seu papel social e o mercado, seletivo e excludente, não satisfaz necessidades sociais de amplos segmentos da população, a sociedade reserva-lhes a benemerência”. (SILVA, 2004, p.154)

⁵¹ Nova morfologia do trabalho que deve ser compreendida a partir do (novo) caráter multifacetado do trabalho. (ANTUNES, 2005, p.47).

renda, da propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais”. (IAMAMOTO, 2001, p.59).

Dessa forma, a contextualização sobre o mundo do trabalho faz-se necessária para se compreenderem os processos de trabalho em que o Serviço Social se insere, enquanto especialização da divisão sociotécnica do trabalho, salientando-se que sofre as inflexões do contexto sócio-histórico, dos mecanismos da produção e reprodução social. Com o processo de reestruturação produtiva e a Reforma do Estado, tem-se o agravamento da questão social⁵² vivenciada nos novos espaços sócio-ocupacionais.

Busca-se, a seguir, identificar os elementos constitutivos dos processos de trabalho e o modo como se manifestam perante o confronto capital e trabalho, como elementos essenciais para serem desvendados os processos de trabalho em que se inserem os assistentes sociais, principalmente no Programa Saúde da Família.

2.2. Elementos do processo de trabalho: objeto, meios e produto.

O trabalho é a ação-consciente do homem resultante do seu intercâmbio com a natureza, por meio do qual produz os meios de suprir suas necessidades materiais de vida e, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, modifica-se a si mesmo, criando algo inexistente e novas necessidades. É esse o primeiro ato histórico do homem. (MARX; ENGELS, 2005, p.53).

O trabalho só existe a partir de um processo de trabalho, que tem por objetivo criar valores de uso para suprir necessidades humanas, mas também é um processo de criação, pois o homem, enquanto “criador” e ser de “projetos”, é capaz de projetar em sua mente o produto, ou seja, o resultado de seu trabalho, antes mesmo de agir sobre ele, pois é a vida “que determina a consciência e não é a consciência que determina a vida”. (MARX; ENGELS, 2005, p.52).

Para produzir os meios de sua manutenção, “[...] no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que

⁵² Questão social apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2001, p.27)

atua por meio do instrumental de trabalho”. (MARX, 1989, p.205). Assim, os elementos que compõem o processo de trabalho são: a) a atividade adequada a um fim, é o próprio trabalho; b) a matéria a que aplica o trabalho, o objeto de trabalho; c) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho. (MARX, 1989, p.202).

É importante compreender que “toda matéria-prima é objeto de trabalho, mas nem todo objeto de trabalho é matéria-prima”, o que somente ocorre depois de ter sofrido a ação do homem pelo trabalho. (MARX, 1989, p.203). Ainda, no processo de trabalho “o mesmo produto pode servir de meio de trabalho e de matéria-prima”, “[...] mesmo quando estiver em sua forma final para o consumo”. (MARX, 1989, p.206). É o caso da uva pronta para o consumo, um valor de uso que se transforma em matéria-prima para fabricação do vinho; de uma tesoura como meio de trabalho nas mãos de uma costureira. Nesse sentido, um “valor-de-uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, dependendo inteiramente da sua função no processo de trabalho, da posição que nele ocupa, variando com essa posição a natureza do valor-de-uso”. (MARX, 1989, p.207).

Os meios de trabalho indicam as condições em que o trabalho foi realizado e também permitem medir o desenvolvimento da força humana, mas, antes de tudo, é “uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”. (MARX, 1989, p.203). Assim, os meios de trabalho são condição e fazem parte do trabalho, pois são os instrumentos sobre os quais o trabalhador opera para obter seu produto final, como a “pá de pedreiro”, que utiliza para construir uma parede de uma casa; o computador para escrever um livro, entre outros.

O resultado desse processo está no produto compreendido como “um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma”. (MARX, 1989, p.205). Nele está incorporado o trabalho que o transformou, a ação concreta do homem, objetiva e subjetiva. Quando o processo de trabalho se dá no modo de produção capitalista, passa a ter também um valor de troca, constituindo-se numa mercadoria, que é consumida pelo dono do capital, visto que o “[...] capitalista compra a força de trabalho e incorpora o trabalho, fermento vivo (homem), aos elementos mortos (máquinas) constitutivos do produto, os quais também lhe pertencem.” (p.210).

O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida em que o trabalho se realize de maneira apropriada e em que se apliquem adequadamente os meios de produção, não se desperdiçando matéria-prima e poupando-se o instrumental de trabalho, de modo que só se gaste deles o que for imprescindível à execução do trabalho. (MARX, 1989, p.210).

Dessa forma, caracteriza-se um processo de trabalho “entre coisas” compradas pelo capitalista. Sendo o trabalhador desprovido dos meios de produção e de subsistência, produz e reproduz a classe capitalista que o personifica, cria e recria as condições de sua própria dominação. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1993). Assim, o produto do seu trabalho aparece como algo externo de si mesmo, não como produto da relação humana com a natureza, é a coisificação do homem. Assim, o trabalho perde para si sua utilidade enquanto realização pessoal, pois “[...] se realiza de modo a negar suas potencialidades emancipadoras. Invertendo seu caráter livre, consciente, universal e social, propicia que os indivíduos que realizam o trabalho não se reconheçam dele, como sujeito”. (BARROCO, 2005, p.33). Ocorre a alienação do homem com o objeto criado por ele e a alienação na relação consigo mesmo e com os outros. (MARX, 2004).

Sendo o trabalho alienado exterior ao trabalhador, não é voluntário, mas imposto, forçado, penoso, por isso o faz infeliz, pois, “[...] não constitui a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio de satisfazer outras necessidades [...] o trabalho externo, o trabalho em que o homem se aliena é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação”. (MARX, 2004, p. 114).

Opõe-se ao trabalho que valoriza o objeto enquanto resultado de uma práxis⁵³ que o transformou em algo novo, respondendo às suas necessidades, sendo útil, bonito e que o faz feliz. Quando o homem não se enxerga naquilo que faz por meio do seu trabalho, que não lhe pertence, mas a outro, é como “pertencer ao outro e isso é mesmo que perder de si mesmo.” (MARX, 2004).

Assim como os demais trabalhadores, os assistentes sociais produzem valores de uso e de troca por meio de seu trabalho, sendo necessário refletir quais são e como se manifestam os elementos que compõem os processos de trabalho em que estão inseridos, no intuito de desvendá-los para o enfrentamento das desigualdades sociais e para o fortalecimento do projeto ético-político da profissão. As mudanças no mundo do trabalho atravessam o cotidiano profissional, que se caracteriza pela busca da garantia de direitos da cidadania com

⁵³ A práxis é uma ação prática consciente sobre a natureza, criando um produto objetivo antes inexistente. Desenvolve-se fundamentalmente através do trabalho, assegurando a (re)produção material e espiritual da vida humana. Através do trabalho, o homem não apenas se adapta à natureza, como o animal, mas passa a agir sobre ela, transformando-a de acordo com seus propósitos. (BARROCO, 2000, p. 44). E ainda a práxis do homem não é atividade prática contraposta à teoria; é determinação da existência humana como elaboração da realidade. (KOSIC, 2002, p.202).

vistas a superar mecanismos de alienação, como o culto à moeda, a cultura do consumo, do mercado, do individualismo, que se contrapõem às necessidades humanas⁵⁴.

2.3. Processos de trabalho profissional do assistente social.

Primeiramente, é importante destacar que não existe um único processo de trabalho do assistente social, mas processos de trabalho diferenciados, que se organizam de acordo com as “exigências sócio-econômicas e sócio-políticas do processo de acumulação” e não são idênticos em todos os contextos em que estão inseridos os profissionais, pois mudam em razão das condições e relações sociais em que se realizam. (IAMAMOTO, 2001, p.95). São diversos espaços sócio-ocupacionais, de natureza pública ou privada, nas empresas lucrativas, não lucrativas, e que possuem demandas diferentes de acordo com os objetivos institucionais.

Assim, em virtude das mudanças no mundo do trabalho, tanto no modelo de produção como na gestão de mão-de-obra, na contemporaneidade alteraram-se significativamente os processos de trabalho do assistente social, dele se exigindo um perfil mais qualificado, habilidades e competências como domínio da informática, idiomas, carteira de habilitação, ferramentas da qualidade, polivalência, trabalho em equipe, além das competências específicas da profissão, postas na lei de regulamentação da profissão, nas diretrizes curriculares e no Código de Ética Profissional.

Em caráter ilustrativo, chama atenção a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”, organizada pelo CFESS⁵⁵, com dados coletados em maio 2004, pela Universidade Federal de Alagoas e Conselhos Regionais de Serviço Social. Quanto aos dados relacionados à natureza da instituição em que atuam e do principal vínculo empregatício, mostram que, historicamente, o setor público é o maior empregador do Serviço Social, sendo 40,97% de natureza pública municipal; 24% pública

⁵⁴ Segundo Pereira (2000), o conceito de necessidades aponta o estudo de Len Doyal e Ian Gough, realizado em 1991, como sendo o mais atual e consistente sobre necessidades humanas básicas. São necessidades humanas que não se restringem às básicas de sobrevivência biológica. Apontam “que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns” (PEREIRA, 2000, p. 66). Mas a satisfação dessas necessidades humanas básicas pode variar, porque, mesmo sendo comuns a todos, não implicam uniformemente a sua satisfação, pois existe uma variedade enorme de bens, serviços, atividades, em maior ou menor extensão, a serem empregadas para atender a essas necessidades, sendo que “as necessidades humanas básicas como categorias objetivas e universais, que devem ser satisfeitas concomitantemente, são: saúde física e autonomia”. Ver Pereira (2000, p.68-83).

⁵⁵ Essa pesquisa encontra-se disponível na internet pelo site: [www. Cfess.org. br/pdf/pesquisa2.pdf](http://www.Cfess.org.br/pdf/pesquisa2.pdf). Acessada em (14.01.2007) (CFESS, 2006).

estadual e 13,19% pública federal; seguem-se 13,19% de natureza privada e lucrativa e 6,81% do terceiro setor. Esses dados, ao serem trabalhados, apontam para a descentralização que vem ocorrendo das políticas sociais da transferência da instância federal para a municipal a partir da década de 1990, tendo conseqüências diretas no mercado de trabalho dos assistentes sociais .

Embora exista a predominância das instituições públicas no mercado de trabalho do Serviço Social, (78,16%), sendo o principal vínculo empregatício o estatutário (55,68%), por meio da realização de concursos públicos, os dados revelam que 22,48% dos profissionais atuam em instituições públicas por meio de outros tipos de vínculos, não estáveis, como prestadores de serviços, com contrato temporário. Assim, revelam que a precarização do trabalho posta pelo modelo flexível também ocorre nas instituições públicas estatais, sendo essa também uma característica do trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família, o que será demonstrado mais adiante.

Entretanto, independentemente da natureza das instituições e dos tipos de vínculos empregatícios, o objeto ou a matéria-prima dos processos de trabalho do assistente social é mesmo a questão social, em suas múltiplas expressões, não sendo somente desigualdade social, mas também resistências, formas de luta, rebeldias, que demandam a necessidade do trabalho profissional potencializado pelos instrumentos de trabalho. (IAMAMOTO, 2001). Portanto, a questão social, caracteriza-se de acordo com o contexto sócio-histórico, de natureza pública ou privada, mas é inseparável dos efeitos da acumulação capitalista, da concentração de renda, dos processos de reestruturação produtiva, que intensificam e desregulam os processos de trabalho que se materializam na vida dos sujeitos sociais.

Os meios de trabalho do assistente social são os instrumentos e técnicas, recursos materiais, intelectuais por meio dos quais realiza a ação profissional sobre o objeto. Os meios de trabalho pelos quais decifra e intervém na realidade social não devem ser vistos como mero uso dos meios e instrumentos, mas partindo da intenção para ação, sobretudo utilizando-os para a satisfação de necessidades e alcance dos objetivos e finalidades, ou seja, o quê, para quê, como, por que fazer. Assim instrumentalidade é entendida como

[...] um conjunto de condições que a profissão cria e recria no exercício profissional e que diversifica em função de um conjunto de variáveis como: espaço sócio-ocupacional, o nível de qualificação de seus profissionais, os projetos profissionais e societários hegemônicos, a correlação das forças sociais, dentre outros. (GUERRA, 2000, p.20).

Embora o assistente social não trabalhe diretamente no processo de produção de mercadorias, sua ação profissional contribui na produção e na reprodução da vida social,

tendo um efeito que não é material, mas social, pois sua intervenção incide no campo dos comportamentos, valores e cultura e reflete diretamente na vida dos sujeitos. O resultado ou o produto do seu trabalho existe e “[...] são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços”. (IAMAMOTO, 2001, p.68).

Nesse sentido, atua na prestação de serviços sociais nas áreas de saúde, assistência social, educação, segurança e outros e pode contribuir com outros protagonistas na criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social, buscando caminhos para garantia de direitos. Trabalhando na criação de consensos em torno das lutas e interesses das classes subalternizadas, fortalece os canais de participação dos usuários na gestão e no controle social da prestação de serviços ou contribuindo no “reforço da hegemonia vigente” (IAMAMOTO, 2001).

A profissão de Serviço Social está inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que “[...] tanto especializa o trabalho, quanto pluraliza suas necessidades, por isso mesmo, seu produto serve-lhe apenas de valor de troca”. (MARX, 1989, p.119). No entanto, somente tem valor de troca o que tem também valor de uso; para isso, deve ser socialmente necessário, com capacidade de ser produzida, vendida e trocada no mercado por moeda, portanto, na forma assalariada. O valor de uso da profissão está no trabalho de

[...] enfrentamento da questão social, criando e gestando políticas sociais, programas e projetos sociais para a maioria (excluída) da população, participando com outros trabalhadores, nos mais diferentes processos, visando a consecução dos objetivos. (COUTO; PERUZZO, 1999, p.22).

Nesse sentido, o assistente social possui atribuições e competências que lhe são prerrogativas e lhe garantem sua especificidade, sendo “necessário porque atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material” da maioria da população. (IAMAMOTO, 2001).

Cabe ressaltar que no Brasil a profissão constituiu-se para servir aos interesses do capital:

O Serviço Social se institucionaliza como profissão na sociedade brasileira, como um dos recursos mobilizados pelo Estado, pelo capital, com o apoio decisivo da Igreja, informado pela sua doutrina social, para atuar perante a “questão social”. Nos anos 30, reconhecidas as tensões de classe que acompanham o processo de constituição e consolidação do mercado capitalista de trabalho, o Serviço Social se institucionaliza como um tipo de ação social, que, no âmbito das relações Estado/Sociedade civil, tem como alvo a situação do proletariado urbano e do exército industrial de reserva, no sentido de atenuar as seqüelas materiais e morais derivadas do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 1992, p.174)

Ao mesmo tempo em que servia ao capital, sua atuação também respondia aos interesses e necessidades da classe-que-vive-do-trabalho. Assim, o Serviço Social, enquanto profissão historicamente determinada, é atravessada por interesses distintos, que se desenvolvem por meio de lutas e disputas políticas e ideológicas entre classes sociais; nessa perspectiva, favorece os interesses da classe dominante que detém a hegemonia. (BARROCO, 2005). A profissão “[...] se configura e se recria no âmbito das relações entre o Estado e Sociedade, fruto de determinantes macrosociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional”. (IAMAMOTO, 2002, p.19).

Portanto, o contexto e o momento histórico em que está inserido o Serviço Social também determinam tendências éticas e históricas na profissão. Na sua origem, tendo em vista os interesses de legitimação do Estado e da Igreja Católica, fundamentado pela teoria positivista, caracterizava-se pela necessidade de manter a “ordem e o equilíbrio” em busca da “sociedade perfeita”; considerava os conflitos de classes como “desordem”; os valores profissionais da época eram baseados em pressupostos abstratos, imutáveis, acrílicos, que buscavam o “respeito à lei de Deus”, a caridade cristã, o “bem-comum”, e o fortalecimento da “família”, constituindo o conservadorismo moral. Assim foi até o Movimento de Reconceituação.⁵⁶(BARROCO, 2005).

Com o Movimento de Reconceituação, na década de 1960, potencializado pelo momento histórico da sociedade brasileira, pela ditadura militar e pela intensificação dos movimentos sociais, também se fortaleceu o debate no campo profissional envolvendo sujeitos individuais e coletivos, para construção no Serviço Social do projeto profissional. Esse debate foi interrompido pela ditadura militar (1964-1985) e ganhou força novamente no período da redemocratização do país, a partir da década de 1980, quando se desenhou o novo projeto profissional. É importante salientar que os projetos profissionais são entendidos como

os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma da profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p.95).

O trabalho do assistente social é orientado por um projeto ético-político explicitado em documentos como: Lei de Regulamentação da Profissão (lei nº. 8662/93); Documento Abepss (Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social), que orienta a formação

⁵⁶ Para saber mais sobre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social pesquisar (Barroco, 2005; Iamamoto, 1992).

profissional; Documento CFESS (2002), sobre atribuições prerrogativas e competências do assistente social; Código de Ética Profissional (CFESS 273/93), que norteia o exercício profissional.

Nesse novo desenho profissional⁵⁷, o Serviço Social assume a liberdade como valor central, rompendo com o conservadorismo e elegendo como princípios a democracia, direitos humanos, a cidadania, a equidade e a justiça social, a eliminação do preconceito, o pluralismo e a opção por um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem dominação de classe, etnia e gênero, articulando-se com os movimentos e categorias profissionais na luta dos trabalhadores. (BARROCO, 2005; IAMAMOTO, 2002; NETTO, 1999). Ainda, assume a direção social na contracorrente da conjuntura, contrapondo-se à hegemonia política do capital, e assume o compromisso com valores fundantes dos movimentos progressistas da sociedade.

Assumir esses princípios é inserir-se no “[...] campo de luta ético-política e teórico-prática contra aqueles processos que fundam relações de desigualdade, exclusão e alienação, na sociedade brasileira”. (CARDOSO, 1996, p.41). Nesse sentido, constrói-se uma clara oposição do Serviço Social ao projeto de sociedade contemporâneo marcado por inúmeras mudanças, decorrentes dos avanços tecnológicos e da globalização, que acirram desigualdades sociais e desprotegem a classe-que-vive-do-trabalho.

Nesse cenário social o Serviço Social insere-se por meio da divisão sociotécnica do trabalho e requer um profissional capaz de trabalhar na execução, na formulação e na gestão das políticas sociais, públicas e privadas; também, deve estar comprometido com sua atualização permanente e capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças sociais para decifrar a realidade social e intervir nela, contemplando os interesses e necessidades dos usuários demandantes de seus serviços. (IAMAMOTO, 2001).

As mudanças no mundo do trabalho vêm indicando novas demandas ao Serviço Social. Por isso, é necessário desvendar as novas formas de produção e reprodução social, potencializadas pelo modelo de acumulação flexível, que passa a exigir “[...] uma revisão das competências profissionais e de seus procedimentos, para responder às requisições do mercado de trabalho”. (SIMIONATTO, 1998, p. 14).

Na política de saúde, trabalhar na direção dos interesses e necessidades dos usuários é problematizar no cotidiano profissional a vivência e a história de vida do sujeito, discutindo

⁵⁷ O projeto profissional contemporâneo do Serviço Social é produto de debates a partir da década de 1980 e composto pela lei 8662/93 (regulamenta a profissão), pelos códigos de Ética de 1986 e 1993 e pelas Diretrizes Curriculares de 1986.

de que forma a saúde se materializa na vida dos usuários quanto à qualidade do acesso, às ações de saúde desenvolvidas, às rotinas e critérios estabelecidos. Portanto, é necessário “[...] politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário”. (VASCONCELOS, 2006a, p.428).

Requer, ainda, trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde, pela socialização de informações, desburocratização dos serviços e rotinas, ampliando espaços para discussão com a comunidade, gestão e controle social. Para tal, é necessário “[...] captar o que há de social na saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual, [...] de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência”. (VASCONCELOS, 2006a, p. 450). Nesse sentido, é importante a articulação da política social da saúde com as demais políticas setoriais, assumindo o conceito ampliado de saúde, no qual a ausência de trabalho, moradia, saneamento, educação, lazer, vínculos familiares e comunitários também está relacionada com a ausência de saúde. Portanto, há uma dimensão social na saúde.

[...] Cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado. (VASCONCELOS, 2006a, p.442)

É importante destacar que, na área da saúde pública, os processos de trabalhos apresentam algumas particularidades, pois os usuários, além de consumidores dos efeitos úteis do trabalho e/ou insumos, também são co-participantes do processo de trabalho, visto que deles dependem as informações a respeito de sua saúde e o cumprimento das recomendações. Nesse sentido, a força de trabalho é consumida para uso dos usuários dos serviços, o que requer uma relação direta entre quem produz e consome e exigindo uma co-participação pelo contato direto; conforme o momento pode ser, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade e complexidade, dos recursos humanos, financeiros e das condições de vida dos usuários; o objeto da saúde incide em situações concretas (saúde-doença), não sobre coisas; os resultados são parciais (COSTA, 2000, p. 40).

Na área de saúde, embora esteja garantido na Constituição Federal de 1988 e no SUS um serviço de caráter universal, equânime, integral e democrático, com as mudanças no contexto sócio-histórico do mundo do trabalho, as ações em saúde apontam para contenção de gastos públicos, a racionalização de serviços, tudo isso cumprindo determinações do Banco Mundial⁵⁸. Essas recomendações refletem tanto na vida dos sujeitos usuários dos serviços

⁵⁸ Nogueira (2004) tem realizado estudos sobre os impactos das recomendações dos relatórios do Banco Mundial para os países do Terceiro Mundo, particularmente para a política de saúde, que se sustenta no SUS.

como na vida dos sujeitos que prestam esses serviços. Assim, o trabalho dos assistentes sociais sofre influências das novas demandas que se estabelecem, sobretudo no trabalho com a política de saúde, e na constituição da equipe do Programa Saúde da Família foco deste estudo e problematizado no capítulo três.

3. O PROCESSO DE TRABALHO NO PSF: LIMITES E POSSIBILIDADES

Este capítulo apresenta a pesquisa empírica desde sua formulação até a análise dos dados. Nele os leitores vão encontrar, pelo destaque das falas das assistentes sociais, os elementos que materializam a escolha do método, com a prática se imbricando com a teoria e vice-versa.

Assim, o terceiro capítulo, além de apresentar a pesquisa empírica em todas suas fases, ressalta os achados empíricos que dão sentido à busca de respostas à indagação inicial desta dissertação.

3.1. Metodologia da pesquisa

O referencial epistemológico que norteou o estudo foi dado pelo método dialético-crítico e caracterizou-se como um estudo exploratório, compreendendo a pesquisa do tipo qualitativa.

Optou-se por esse referencial porque busca a essência dos fenômenos, preocupa-se em desvendar como se manifestam, indo até a raiz, estabelecendo interconexões, desvendando contradições e buscando superação. Os fenômenos são percebidos como parte integrante de um contexto mais amplo, articulado, compondo a totalidade.

3.1.1. Enfoque dialético-crítico

O método dialético-crítico contempla uma visão de homem sujeito histórico crítico, que influencia e é influenciado pela realidade social concreta, pois não existe “[...] realidade sem o homem, assim como não é (somente) realidade do homem”. Nesse sentido, “é a realidade do homem que na natureza, e como parte da natureza cria a realidade humano-

social, que ultrapassa a natureza e a história define seu lugar no universo.” (KOSIK, 2002, p. 228).

A realidade não é algo imediato, dado, pronto, acabado, não se apresenta aos homens de forma clara; ao contrário, se “esconde e aparece” é preciso desvendar o aparente, revelar a essência do fenômeno, pois “compreender o fenômeno é atingir a essência”. (KOSIK, 2002). A dialética é compreendida como o

[...] pensamento que destrói a pseuconcreticidade para atingir a concreticidade é ao mesmo tempo um processo no curso do qual sob o mundo da aparência se desvenda o mundo real; por trás da aparência externa do fenômeno se desvenda a lei do fenômeno; por trás do fenômeno a essência. (KOSIK, 2002, p 16).

Propõe-se a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta “como é possível chegar à compreensão da realidade,” sendo necessária a “decomposição do todo⁵⁹” (KOSIK, 2002, p.16). Procura desocultar o mundo real, indo além das aparências, levando em conta a relação do sujeito com o objeto e o seu caráter histórico. A leitura da realidade dá-se pela compreensão de que a realidade é produto do homem: “[...] é um mundo em que as coisas, as relações e os significados são considerados como produtos do homem social, e o próprio homem se revela como sujeito real do mundo social”. (KOSIK, 2002, p.18).

Para melhor compreensão do método é necessário considerar as suas grandes leis: **lei da interação universal**-onde tudo está relacionado, nada é isolado, considerando “cada fenômeno em relação com os demais”; **lei do movimento universal**-todas as coisas em “movimento interno e externo e inseparáveis”, busca o “movimento profundo ocultado pelo superficial”; **lei da unidade dos contraditórios**-busca captar o movimento que “engendra o contraditório”, a ligação, unidade, oposição, o “choque que faz com que quebra ou os supera”; **lei da quantidade em qualidade (lei dos saltos)**-é a “grande lei da ação”, “implica a continuidade (o movimento profundo que continua) e a descontinuidade (o aparecimento do novo e o fim do antigo)”; **lei do desenvolvimento em espiral (superação)**- “compreende e aprofunda em si próprio”, “o retorno acima do superado para dominá-lo e aprofundá-lo, para elevá-lo de nível libertando-o de seus limites (de sua unilateralidade)”. (LEFEBVRE, 1991).

O método dialético-crítico tem como categorias fundamentais a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo e estão interligadas. A categoria da totalidade é entendida não como a reunião de todos os fatos, de todas as partes, mas como uma unidade dialética, em movimento, um todo articulado e interconectado, tanto que a relação entre as partes altera o sentido de cada parte desse todo. Significa a “[...] realidade

⁵⁹ Para compreensão da coisa, é necessário conhecer-lhe a estrutura, decompor o todo. Na concepção dialética é necessário decompor o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa e, portanto, compreendê-la. (KOSIK, 2002, p.14)

como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (KOSIK, 2002, p.35).

Assim, os fenômenos são entendidos como parte integrante de um contexto mais amplo, sendo necessário ir do singular ao genérico, problematizando a realidade, estabelecendo relações das partes com esse todo, que mutuamente se influenciam.

É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento recíproco e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade. (KOSIK, 2002, p. 42).

A categoria da contradição dialética “[...] é uma inclusão (plena, concreta) dos contraditórios um no outro e, ao mesmo tempo, uma exclusão ativa”. (LEFEBVRE, 1991, p. 238); “[...] não é apenas entendida como categoria interpretativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade”. (CURY, 1986, p. 30).

O método “valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa as posições contrárias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens”. (CHIZZOTTI, 1991, p. 80).

O movimento dialético contraditório manifesta-se na realidade, numa relação de conflito no devir do real, onde cada coisa exige o seu contrário, como negação e determinação do outro. Nesse movimento surge o novo, mesmo que oposto, pois os contrários não se excluem mutuamente, mas se complementam e se superam. (CURY, 1986). Na superação “[...] o superado é revelado e imerge mais profundamente que ele no imediato, embora o superado tenha sido o primeiro imediato.” E isso implica “[...] um retorno ao passado: um aprofundamento do passado.” E mais, “[...] O passado é reencontrado - mas superado e, por isso mesmo aprofundado, liberado de suas limitações, mais real que no início”. (LEFEBVRE, 1991, p 231- 232).

A categoria historicidade entende que a história é construída pelo homem, porque é um sujeito histórico que intervém na natureza para produzir os meios de satisfação de suas necessidades: “[...] a produção da própria vida material, e de fato esse é um ato histórico”, tanto na satisfação de suas necessidades, como nos próprios instrumentos que utiliza para satisfazê-las. Daí decorrem novas necessidades, novos fatos, dando continuidade ao processo de criação. (MARX; ENGELS, 2005). Utiliza-se a história para explicar o curso de constituição dos fenômenos, buscando fatos significativos, fazendo um retorno ao passado para explicar o presente. Mas o que seria a história?

[...] senão a sucessão das diferentes gerações, em que cada uma delas explora os materiais, os capitais e as forças de produção a ela transmitida pelas gerações que antecederam; assim, por um lado, prossegue em condições completamente distintas a atividade anterior, enquanto, por outro lado, transforma as circunstâncias anteriores por meio de uma atividade completamente diferente, que pode ser distorcido pela especulação, convertendo-se na história posterior como finalidade histórica anterior. (MARX;ENGELS, 2005, p.77).

Sendo a história produto do homem, explica o próprio sentido da humanidade, mas isso só é possível pela continuidade da história, compreendida

[...] quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Se a humanidade começasse sempre do princípio e se toda ação fosse destituída de pressupostos, a humanidade não avançaria um passo e a sua existência se escoaria no círculo da periódica repetição de um início absoluto e de um fim absoluto. (KOSIK, 2002, p.218).

Portanto, é um eterno devir. Na história o homem produz e reproduz sua própria existência; o passado constitui-se no presente e no futuro, num eterno processo de continuidade, evolução, superação e criação. Assim, por meio da história se explica a constituição dos fenômenos e suas relações num contexto mais amplo, valorizando todos os processos antecedentes.

3.1.2. Tipo de pesquisa

O tipo de pesquisa utilizado para a realização deste trabalho foi um estudo exploratório, compreendendo a pesquisa qualitativa. Um estudo exploratório “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”, visto que aprofunda seus conhecimentos numa realidade determinada. (TRIVINOS, 1987, p.109). Esse estudo possibilita ao pesquisador uma maior familiaridade com o ambiente a ser pesquisado, permitindo uma investigação mais clara e precisa.

Na pesquisa qualitativa o conhecimento supõe uma ação coletiva entre todos os envolvidos, sendo possível “[...] identificar criticamente seus problemas e suas necessidades, encontrar alternativas e propor estratégias adequadas de ação. Os dados coletados não são coisas isoladas, são importantes” fenômenos, “que fazem parte de um contexto que se manifesta através de contradições, revelações e ocultamentos”. (CHIZZOTTI, 1991, p.82-84).

A pesquisa qualitativa apresenta alguns pressupostos essenciais que a fundamentam, quais sejam:

Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. Cada pesquisa é única, pois seu sujeito é singular, conhecê-lo significa ouvi-lo escutá-lo, permitir-lhe que se revele. E onde o sujeito se revela? No discurso e na ação. Assim, se a pesquisa pretende ser qualitativa e pretende conhecer o sujeito, pretende conhecer o sujeito, precisa ir exatamente ao sujeito, ao contexto em que vive sua vida. Como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. Interessa o modo de vida... como o sujeito constrói e vive sua vida, seus valores, crenças, práticas cotidianas. E o terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social. (MARTINELLI, 1999, p. 22-23).

Ainda “é uma atitude de aprender a aprender” e, como tal, um “processo educativo e emancipatório”. (MARTINELLI, 1999, p.35). Para isso, é necessário o contato direto, interação dada no “campo”. Pressupõe-se uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, importando a visão do pesquisador e do pesquisado, visto que ambos buscam significados e se relacionam reciprocamente.

Portanto, por meio deste tipo de pesquisa foi possível o contato direto da pesquisadora com os sujeitos entrevistados, a ida ao campo para perceber “o modo de vida” e desvendar o trabalho do assistente social no PSF.

3.1.3. Percorrendo as etapas do processo de pesquisa

Para melhor compreensão do estudo proposto, um Quadro Metodológico da Pesquisa foi construído com o fim de demonstrar os elementos que nortearam a pesquisa em foco.

QUADRO 1 - Metodológico da Pesquisa

PROBLEMA	OBJETIVOS	QUESTÕES NORTEADORAS	METODOLOGIA	
<p>Como o assistente social desenvolve seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2006?</p>	<p>Investigar de que modo o assistente social realiza seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, no intuito de contribuir com subsídios para qualificação desse trabalho, desvendando as contradições desse espaço sócio-ocupacional.</p>	<p>Como o assistente social fundamenta o seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família? De que forma as condições de trabalho oferecidas pelo Programa Saúde da Família intervêm no processo de trabalho?</p>	<p>Método Dialético crítico</p> <p>Tipo de Pesquisa Qualitativa</p> <p>Tipo de análise Análise de Conteúdo Bardin</p>	<p>Técnicas Entrevistas semi-estruturadas</p> <p>Instrumentos Formulário com questões abertas e fechadas.</p>
	<p>Identificar as estratégias utilizadas pelo assistente social no seu processo de trabalho com vistas a fortalecer seu projeto ético-político, o SUS, bem como estratégias que respondam aos interesses e necessidades dos usuários.</p>	<p>Quais os limites e possibilidades que os assistentes sociais vivenciam no exercício de sua práxis profissional no Programa Saúde da Família?</p>	<p>Categorias Teóricas Política de saúde, Reforma do Estado, Programa Saúde da Família e Processos de trabalho no Serviço Social</p>	<p>Universo Todos os municípios da região Norte com PSF implantado há dois anos, que contam com o trabalho do assistente social. Amostra Intencional de 50% dos municípios, sendo Carazinho, Tapera, Santo Antônio do Planalto, Gentil, Camargo, Machadinho, Alto Alegre, Paim Filho e Ibiraiaras.</p> <p>Sujeitos de pesquisa Nove assistentes sociais que desenvolvem seu processo de trabalho junto ao PSF.</p>
	<p>Investigar como o assistente social pode ou não contribuir no Programa Saúde da Família para que se constitua na perspectiva de direitos democráticos.</p>	<p>Quais os elementos que devem compor o processo de trabalho do assistente social para que ele se efetive na garantia de direitos?</p>	<p>Categorias do método Historicidade Contradição Totalidade</p>	

3.1.3.1. Sujeitos da pesquisa

O universo pesquisado foi o estudo de todos os PSF implantados há mais de dois anos nos municípios da região Norte do estado do Rio Grande do Sul que possuem o profissional assistente social inserido nas equipes e/ou prestando serviços de forma direta ou indiretamente. Entende-se por “forma direta” os profissionais que fazem parte das equipes básicas do Programa Saúde da Família e “forma indireta” os profissionais que não fazem parte da equipe básica, mas que se encontram lotados nas secretarias municipais de Saúde e/ou Assistência Social prestando serviços ao Programa Saúde da Família.

A região Norte do estado do Rio Grande do Sul é supervisionada pela 6ª Coordenadoria do Estado, com sede no município de Passo Fundo, atendendo a 58 municípios da região. Desses cinquenta possuem o Programa Saúde da Família em plena atividade, com 102 equipes básicas.

Os municípios foram mapeados por meio de contatos com a 6ª Coordenadoria de Saúde e contatos telefônicos para verificação da existência de assistentes sociais trabalhando nas equipes e/ou prestando serviço. Realizando o corte com os PSFs implantados há mais de dois anos na região, encontraram-se 14 municípios com assistente social participando no PSF, com carga horária mínima de 4 horas semanais, totalizando 33 equipes; sete municípios com assistente social participando do PSF eventualmente, totalizando dez equipes; 13 municípios com assistente social sem participação no PSF, totalizando 32 equipes e sete municípios com PSF sem o profissional assistente social no município, totalizando 12 equipes, e nove municípios com PSF implantado a partir de 2004 (menos de dois anos), totalizando 15 equipes.

As tabelas 3 e 4 demonstram a realidade dos PSFs da região da 6ª Coordenadoria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 3 - Demonstrativo do crescimento dos municípios com PSF na região da 6ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul

Ano Base	Nº de Municípios Região com PSF	Percentual de municípios região
1999	02	3,4%
2000	09	15,51%
2001	21	36,20%
2002	33	56,89%
2003	43	74,13%
2004	47	81,03%
2005	50	86,20%
Sem PSF	08	13,79%
Total	58	100%

Fonte: Sistematização da pesquisadora com base nos dados fornecidos pela 6ª Coordenadoria de saúde do estado.

Os dados revelam que a região Norte, atendida pela 6ª Coordenadoria do estado do Rio Grande do Sul, acompanha a expansão do PSF em nível nacional, havendo maior crescimento a partir de 2001, com 679 municípios na região Sul do país, sendo 169 no Rio Grande do Sul; em 2005 passou a ter 1027 municípios na região Sul e 382 só no Rio Grande do Sul. Passando-se de um índice de 34 % em 2001 para 77% em 2005 de municípios com PSF implantados na região Sul do Brasil, constata-se um crescimento em torno de 127%, mais especificamente, na região Norte do estado do Rio Grande do Sul de 36,2% dos municípios em 2001 passou-se a 86,2% em 2005, num significativo aumento de 138%, superando a média da região Sul. Assim, subiu de 21 para 50 municípios em 2005, ficando apenas 13,7% dos municípios da região Norte do estado do sem adesão ao PSF.

Tabela 4 - Tempo de implantação e de trabalho das assistentes sociais nos PSFs da 6ª Coordenadoria de saúde do estado.

Tempo de Implantação/Trabalho das Assistentes Socais	Nº. Municípios	Nº. Equipes
PSF implantado há mais de dois anos	41	87
PSF com assistente social carga horária mínima de 04 horas semanais	14	33
PSF com assistente social participando eventualmente	07	10
PSF e sem participação assistente social	13	32
PSF e sem assistente social	07	12
PSF implantado há menos de dois anos	09	15
Total PSF com assistente social	21	43
Total	50	102

Fonte: Sistematização da pesquisadora com base nos dados fornecidos pela 6ª Coordenadoria de saúde.

Diante dessa realidade, foi composta uma “amostra não probabilística intencional” com 50% dos municípios que possuem assistentes sociais realizando seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família (dez), elencando critérios como maior carga horária do

trabalho do assistente social e maior tempo de implantação do programa. Nesse tipo de amostra o pesquisador interessa-se pela opinião de determinados elementos da população, ao invés de escolher aleatoriamente, neste caso os profissionais assistentes sociais que intervêm no Programa Saúde da Família da região Norte do estado do Rio Grande do Sul, sendo esses os sujeitos essenciais para compreensão do estudo.

A aproximação com os sujeitos da pesquisa em cada município ocorreu por meio do contato direto com funcionários das prefeituras, secretarias municipais de Saúde e/ou secretarias municipais de Assistência Social. Assim, foram possíveis o contato direto com os profissionais assistentes sociais sujeitos de pesquisa e o estabelecimento de vínculos para a viabilização das entrevistas.

Portanto, a amostra contemplou os municípios de: **Carazinho**, assistente social com carga horária de 40 horas semanais e doze equipes; **Tapera**, assistente social com carga horária de 30 horas semanais e três equipes; **Santo Antônio do Planalto**, assistente social com carga horária de 4 horas semanais e uma equipe; **Gentil**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Camargo**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Machadinho**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Tunas**, assistente social com carga horária de 04 horas semanais, duas equipes e implantado em dezembro de 1999. Há, ainda, os municípios com assistente social realizando seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família de maneira eventual (três), privilegiando maior tempo de implantação do programa. Nesse caso estão os municípios: **Alto Alegre** com uma equipe e implantado em julho de 2000; **Paim Filho** com duas equipes e implantado em março de 2001; **Ibiraiaras** com duas equipes e implantado em setembro de 2001.

Foram entrevistados nove assistentes sociais dos municípios de Carazinho, Tapera, Santo Antônio do Planalto, Gentil, Camargo, Machadinho, Alto Alegre, Paim Filho e Ibiraiaras. Não foi possível a entrevista com a assistente social de Tunas em virtude de algumas dificuldades, como turno único na prefeitura, difícil contato telefônico, acesso por estrada de chão e chuva.

Tabela 5- Demonstrativo da amostra participante da pesquisa

Município	Assistente Social Carga Horária	Número de Equipes
Carazinho	(01 profissional) 40 h semanais	12
Tapera	(01 profissional) 30 h semanais	03
Santo Antônio do Planalto	(01 profissional) 04 h semanais	01
Gentil	(01 profissional) 08 h semanais	01
Camargo	(01 profissional) 08 h semanais	01
Machadinho	(01 profissional) 08 h semanais	01
Tunas*	(01 profissional) 04 h semanais	02
Alto Alegre	(01 profissional) 04 h semanais	01
Paim Filho	(01 profissional) 12 h mensais	02
Ibiraiaras	(01 profissional) 04 h semanais	02
Total	10	16

Fonte: Pesquisa empírica realizada, via telefone, pela autora.

Obs.: O destaque * diz respeito à parte da amostra que não foi possível entrevistar.

3.1.3.2. Instrumentos e técnicas de pesquisa

A coleta de dados foi realizada pela da aplicação de formulários com entrevistas semi-estruturadas com os profissionais assistentes sociais. A entrevista semi-estruturada é aquela que permite questionamentos por parte do entrevistado também, pois

parte de certos questionamentos básicos, apoiando-se em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, no entanto oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas do informante. (PRATES, 2005, s/p).

Destaca-se que nesse tipo de entrevista “[...] se mantém a presença consciente e atuante do pesquisador e, ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do autor”, favorecendo a “descrição dos fenômenos”, sua “explicação e compreensão de sua totalidade”. (TRIVINÕS, 1987, p.152).

A elaboração dos formulários foi um processo exaustivo, levando em consideração as perguntas, objetivos e questões norteadoras da pesquisa. Exigiu-se da pesquisadora e orientadora atenção especial no que se refere à clareza das perguntas, linguagem e objetivos alcançáveis. Contemplaram-se questões abertas e fechadas e apresentaram-se no início do instrumento dados de identificação do município e do sujeito que respondeu às questões, preservando as referidas identidades.

Foi realizado um instrumento piloto para assistentes sociais e aplicado no município de Carazinho, o qual foi aprovado pelo entrevistado, que chamou atenção para seu detalhamento, por contemplar todos os elementos do processo de trabalho.

3.1.3.3. Procedimento para a coleta de dados

O processo de coleta de dados deu-se início nos primeiros contatos realizados junto à 6ª Coordenadoria de Saúde para levantamento dos municípios da região que possuíam o Programa Saúde da Família em funcionamento e em implantação, objetivando sistematizar os primeiros dados para pesquisa. A 6ª Coordenadoria disponibilizou cópia da situação mensal referente ao mês de setembro de 2005. De posse desses dados, foi realizado contato com todos os municípios a fim de verificar a atuação de assistentes sociais nesse programa. Após, novo contato telefônico da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa teve por fim solicitar a contribuição ao estudo e agendar dia, local e horário das entrevistas.

Dando início ao processo de coleta de dados por meio das entrevistas, os sujeitos foram informados sobre a intenção, objetivos e a garantia do sigilo confidencial dos dados para fins do estudo. A autorização do (a) entrevistado (a) foi dada pelo do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B) e os dados coletados foram respondidos em formulário próprio, sendo lidos antes do encerramento com o entrevistado.

As entrevistas realizadas com os profissionais assistentes sociais duraram, em média, sessenta minutos e foram realizadas pela pesquisadora durante o mês de setembro de 2006, respeitando a disponibilidade de tempo dos sujeitos. Na maioria dos casos, ocorreram no local de trabalho dos entrevistados, portanto havendo necessidade do deslocamento aos diversos municípios, conforme agendamento marcado. Apenas uma entrevista foi realizada no local de moradia da entrevistada.

Após a aplicação do formulário de pesquisa e a releitura com a presença do entrevistado, foi enviada por *e-mail* cópia do instrumento de pesquisa para que os sujeitos entrevistados tomassem consciência do seu conteúdo, não sendo aceita qualquer tipo de sugestão após encerrada a entrevista.

Vencida a etapa da coleta de dados, deu-se início ao processo de análise das informações coletadas, partindo-se para a organização e preparação do material, pré-análise.

Deixando-se invadir pelas impressões primeiras das entrevistas, levantaram-se as questões referentes às categorias teóricas, às categorias empíricas, identificando as unidades de registros (temas). Após, houve a exploração do material, a codificação, classificação e categorização, para, então, passar-se ao tratamento dos resultados, fases essas que serão mais bem detalhadas a seguir.

3.2. Análise e interpretação dos dados

O estudo contempla, na primeira parte, a identificação dos sujeitos de pesquisa, por meio dos dados coletados no estudo. Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo, que consiste num “[...] método de tratamento e análise de informações, colhidos por meio de técnicas de coletas de dados, consubstanciadas em um documento”. (CHIZZOTTI, 1991). Assim, esta técnica pode ser utilizada para a análise de qualquer texto escrito ou comunicação seja oral, virtual, gestual, desde que sistematizados num documento, como, por exemplo, cartas, jornais, revistas, informativos, livros, entrevistas, gravações, diários pessoais e outros. No que diz respeito a esta pesquisa propriamente dita, a análise foi realizada com base no conteúdo das entrevistas realizadas com as assistentes sociais sujeitos de pesquisa, que realizam seu processo de trabalho junto aos PSFs na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, especificamente nos municípios que compõem a 6ª Coordenadoria de saúde do estado.

O método de análise de conteúdo pode ser definido como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p.37).

Apesar de objetividade de linguagem, procura ir além das palavras, ou seja, procura “[...] conhecer o conteúdo que está por trás das palavras”. “Busca outras realidades através das mensagens”. (BARDIN, 2004, p.38). Consiste “num conjunto de técnicas para análise da comunicação” contida em documentos e seu objetivo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, os significados explícitos ou ocultos da comunicação. Esse procedimento pode privilegiar um ou mais aspectos do processo de análise, no intuito de passar da mera descrição à interpretação do conteúdo das comunicações.

(BARDIN, 2004). Assim, trabalha com o que foi dito e expresso nas entrevistas, registrado no formulário, para, então, analisar o significado dessas mensagens.

A análise de conteúdo “parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado” e faz a relação de “estruturas semânticas, sociológicas dos enunciados”. (MINAYO, 1998, p.203).

Nesse sentido, a análise de conteúdo apresenta um “caráter multidimensional”, pois por meio dela o pesquisador “[...] procura outros significados que extrapolam o conteúdo da mensagem por conterem sinais provenientes das experiências sociais e políticas e dos condicionantes históricos do emissor e receptor para os quais a mensagem foi elaborada”. (SETUBAL, 1999, p.75). Para diversos autores a análise de conteúdo constitui-se numa “metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”. (MORAES, 1998, p.9). É indicada tanto para analisar dados quantitativos como qualitativos, buscando significados além da leitura comum.

O conteúdo foi analisado contemplando as diferentes fases da análise, quais sejam: a) pré-análise; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. (BARDIN, 2004). Foram os processos de análise: a) unitarização; b) categorização; c) descrição; d) interpretação.

Na **pré-análise** ocorreu a “leitura flutuante”, que é a fase de organização, na qual o pesquisador deixa-se invadir pelas impressões e orientações do texto. Compõem esta etapa a organização e preparação do material a ser analisado, a escolha dos documentos, levantamento de hipóteses ou questões de pesquisa, os objetivos e indicadores que auxiliarão a realizar a interpretação final.

Na “escolha dos documentos” que constituem o *corpus* para análise (BARDIN, 2004) existem algumas regras, entre as quais se destacam as principais: a exaustividade (leva em conta todos os elementos do *corpus* de análise), a representatividade (trabalha com uma amostra representativa, parte do universo inicial), a homogeneidade (os documentos são selecionados por técnicas precisas de escolha e não apresentam demasiada singularidade) e a pertinência (os documentos devem ser adequados como fonte de informação, correspondendo aos objetivos que suscitaram a análise).

Na **exploração do material** aconteceram os procedimentos de codificar e enumerar de acordo com as regras formuladas pelo pesquisador. Esta fase de “descrição analítica” começa na pré-análise, mas somente nesta fase o *corpus* é submetido a um estudo mais aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos.

Os procedimentos de **codificação, classificação e categorização** são básicos nesta instância do estudo. (TRIVINOS, 1987, p.161). Disso resultaram os quadros de referência que serviram de base para a realização das inferências. Em relação às categorias, trabalha-se com as teóricas explicativas da realidade, do método, e as empíricas.

O conteúdo foi trabalhado por meio de categorias, destacando-se as do método dialético crítico: **historicidade, totalidade, contradição**, as categorias teóricas explicativas da realidade: **política de saúde; reforma do Estado; Programa Saúde da Família e processos de trabalho no Serviço Social** (desdobradas em trabalho, objeto e meios), e as categorias empíricas **assistência social; prevenção, promoção e educação em saúde; participação e controle social; demandas, rotinas e atividades profissionais no PSF; projeto de trabalho; fundamentação teórica e metodológica do trabalho; estratégias, instrumentos e técnicas; condições de trabalho do assistente social; divisão, organização do trabalho no PSF**, todas surgidas no decorrer da análise. Cabe lembrar que as categorias do método devem permear todo o estudo, não precisando, necessariamente, ser identificadas nas falas, mas, porém na análise, devem orientar o processo.

Por fim, a fase de tratamento dos resultados, de inferência e interpretação ou **interpretação inferencial** constitui-se na análise, interpretação e explicação dos conteúdos manifestos e latentes dos documentos, realizada a partir da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria que orienta o pesquisador para a realização das inferências. Cabe ressaltar que se optou por realizar, dentre as técnicas existentes no método de análise de conteúdo, pela análise temática, extraíndo as unidades de registro do texto, observando sua frequência em relação às categorias, que podem tomar outro sentido quando relacionado ao contexto. A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os “‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição poderão significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (BARDIN, 2004, p.105). Nessa fase tem-se o objetivo de tornar os dados válidos e significativos à medida que as informações coletadas são confrontadas com as já existentes. Nesse sentido, a seguir apresentam-se os significados das mensagens, os resultados da pesquisa.

3.3. Realidade encontrada na pesquisa

A realidade analisada diz respeito ao trabalho dos profissionais assistentes sociais dos municípios de Alto Alegre, Camargo, Carazinho, Gentil, Ibiraiaras, Machadinho, Paim Filho, Santo Antônio do Planalto, Tapera, cuja amostra compõe a 6ª Coordenadoria do estado do Rio Grande do Sul.

Primeiramente, optou-se por caracterizar os sujeitos de pesquisa por meio da apresentação de tabelas, para, então, passar à exposição dos resultados e à análise prevista, procurando articular as falas e o referencial teórico na tentativa de responder aos objetivos do estudo.

Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Na fase anterior às entrevistas foi realizado um levantamento junto à 6ª Coordenadoria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul a fim de conhecer a realidade dos municípios com o Programa Saúde da Família implantado. Verificou-se que a região compreende 58 municípios, dos quais cinquenta possuem o PSF, com 102 equipes básicas em funcionamento. Após, fez-se o mapeamento dos municípios da região relacionando o PSF com a presença ou não do profissional assistente social, para, então, determinar o universo e a amostra da pesquisa. Embora o município-pólo da região Passo Fundo tenha o PSF implantado desde 2000, com 15 equipes (maior número de equipes na região), não faz parte da amostra porque não possui assistente social trabalhando com o programa de forma indireta, nem eventual.

Os dados da Tabela 6 demonstram a realidade levantada em relação à amostra dos municípios da região que possuem o PSF, assistente social trabalhando com carga horária mínima de 4 horas semanais e número de equipes atendidas pelas profissionais.⁶⁰

⁶⁰ É importante salientar que foram encontradas apenas profissionais assistentes sociais mulheres durante a pesquisa; por essa razão far-se-á referência às assistentes sociais. Esse dado confirma a tendência histórica da profissão em ser a categoria predominantemente feminina (97%) e (3%) masculina, pesquisa sobre o “Perfil profissional do Assistente Social no Brasil” (CFESS, 2006-edição virtual).

Tabela 6- Distribuição do número de assistentes sociais nos municípios pesquisados

Município	Número de assistentes sociais	Número de equipes de PSF
Alto Alegre	01	01
Camargo	01	01
Carazinho	01	12
Gentil	01	01
Ibiraíaras	01	01
Machadinho	01	01
Paim Filho	01	01
Santo Antônio do Planalto	01	01
Tapera	01	03
Total	09	22

Fonte: Pesquisa empírica, via telefone, pela autora.

O município de Carazinho conta com a presença de um profissional assistente social para 12 equipes de PSF e, ainda, supervisão de estágio de três estagiárias de Serviço Social da Ulbra Campus de Carazinho. Já o município de Tapera conta com uma assistente social para três equipes, atendendo também à demanda da Secretaria de Saúde; os demais municípios contam com uma profissional, dividindo-se entre PSF, demanda das secretarias municipais de Assistência Social e secretarias municipais de Saúde. Portanto, foram realizadas entrevistas com profissionais assistentes sociais envolvidos indiretamente no PSF, pois não se identificou a presença de assistentes sociais vinculadas diretamente às equipes básicas do PSF, e, sim, como parte de uma equipe de apoio. Em sua maioria, as assistentes sociais encontram-se lotadas nas secretarias municipais de Saúde e/ou Assistência Social e prestam serviços ao Programa Saúde da Família, tendo determinada carga horária. Assim, para cada equipe básica existe um médico; um enfermeiro; um técnico de enfermagem; cinco, seis ou oito agentes de saúde, conforme o número de famílias cadastradas; um dentista para cada duas equipes em municípios com mais de duas equipes de PSF e um dentista para cada equipe em municípios com apenas uma equipe básica.

O formulário das entrevistas contempla questões abertas e fechadas. Na primeira parte apresenta dados quantitativos que caracterizam os sujeitos pesquisados; na segunda, dados qualitativos mais especificamente sobre o estudo. Assim, os dados a seguir dizem respeito à caracterização dos sujeitos pesquisados, para, então, passar ao tratamento dos resultados com bases nas categorias teóricas explicativas da realidade e empíricas.

Na Tabela 7 os dados são demonstrativos do ano da formação dos profissionais pesquisados.

Tabela 7- Ano de formação das assistentes sociais

Ano formação	Número	Formação	Número
1977- 80	01	Graduação	04
1992- 95	01	Aperfeiçoamento	02
2001- 03	03	Especialização	05
2004- 05	04		
Total	09		

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora.

Os dados sobre o ano de formação das assistentes sociais revelam que a maioria (sete) das profissionais apresenta formação recente de 2001-2005. Todas são provenientes de universidades particulares do Rio Grande do Sul, sendo, três da Unicruz, três da Ulbra, uma da URI, uma da UCS e uma da PUCRS.

Embora as assistentes sociais tenham formação recente, a maioria delas (cinco) possui especialização nas mais diversas áreas, como: Psicopedagogia pelo - IS- Castelo Branco; na área da Família pela PUCRS; Gestão de políticas da saúde familiar e comunitária (duas) pela Ulbra; Campo Social, práticas e saberes pela Unicruz. Uma profissional também possui curso de aperfeiçoamento em Introdução à Dinâmica Familiar e Dependência Química pelo ensino a distância- (Objeto). Restam apenas quatro assistentes sociais com graduação, das quais uma também possui curso de aperfeiçoamento em Formação de Conselheiros em Direitos Humanos pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Assistência Social. Neste grupo não há mestres ou doutores.

Os dados revelam que há uma tendência à continuidade dos estudos após a graduação, o que pode apontar para as regras estabelecidas pela competição no mercado do trabalho, pelas transformações do mundo do trabalho na contemporaneidade, as quais valorizam cada vez mais trabalhadores com maior conhecimento e habilidades, mas também a formação profissional, pela necessidade de “[...] reconhecer e conquistar novas e potenciais alternativas de atuação, de expressão de exigências históricas que se apresentam à profissão pelo desenvolvimento da sociedade [...]”. (IAMAMOTO, 1992, p.163). São exigências essas que se devem ao processo dinâmico das transformações societárias, gerando novas demandas profissionais, seja pelas mudanças no campo do emprego formal, que se refletem diretamente no modo de ser e viver da classe-que-vive-do-trabalho, seja na forma de organização do Estado. Sobretudo a partir do momento em que o assistente social deixou de ser visto como um mero executor terminal de políticas sociais e passou a trabalhar na assessoria, planejamento e gestão das políticas, deve estar sintonizado com o tempo presente, a fim de intervir na realidade de acordo com o projeto profissional e firmar-se como profissão, dando conta da realidade, pelo o aprofundamento teórico e intervindo como “deve ser”.

Outro dado que chama atenção é que a maioria das assistentes sociais entrevistadas apresenta formação pelo novo currículo conforme o desenho do projeto ético-político da profissão, rompendo com o conservadorismo e comprometendo-se com valores progressistas da sociedade, respaldadas pelas Diretrizes Curriculares de 1996 e pelo Código de Ética Profissional, que prevê um aporte de conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos.

As Diretrizes Curriculares de 1996 - Abess é documento fruto do debate da profissão na década de 1990, que traz a dimensão interventiva da profissão, estruturada com base nos eixos centrais: **questão social**, enquanto objeto de trabalho, vinculada às lutas de classes, expressa na totalidade social e devendo ser transversal ao currículo; **processo de trabalho**, traz o Serviço Social como trabalho, expressão do trabalho coletivo e, ainda, o aporte teórico-metodológico marxiano. (CARDOSO, 2000). Estrutura a formação profissional com base em três núcleos temáticos, que articulam conhecimentos e habilidades necessárias à qualificação profissional, a saber: **o núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social** — indica ser necessário um conjunto de conhecimentos para conhecer e decifrar o ser social, a vida e a sociedade, trazendo a centralidade do trabalho, levando à compreensão da dinâmica da vida social na sociedade burguesa; **o núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira** — implica a compreensão da sociedade brasileira, considerando suas características históricas, econômicas, sociais e culturais, levando à apreensão da produção e reprodução da questão social em suas diversas refrações ; **o núcleo de fundamentos do trabalho profissional** — que trata da compreensão dos elementos constitutivos do Serviço Social enquanto uma especialização do trabalho coletivo, portanto processos de trabalho procurando capacitar para o exercício profissional, resguardando suas atribuições de competências. (IAMAMOTO, 2001). É possível, então, inferir que a maioria das assistentes sociais entrevistadas teve acesso às discussões que giram em torno do projeto ético-político do Serviço Social, seus valores fundantes e regulamentações, bem como conhecimentos teórico- metodológicos, técnico-operativos ético-políticos necessários à intervenção profissional, vinculados ao contexto contemporâneo, a saber, as transformações do mundo do trabalho e as mudanças no papel do Estado, enquanto regulador das relações sociais, e as repercussões no trabalho do assistente social, sobretudo no tocante às políticas sociais.

Tabela 8- Experiência de trabalho no PSF, município e carga horária das assistentes sociais

Experiência de Trabalho no Município e PSF	Nº	Carga Horária Município semanal	Nº	Carga horária PSF semanal	Nº	Nº. Dias Trabalhados	Nº
Menos 01 ano	02	40 h	05	40 h	01	Cinco	02
De 01- 02 anos	04	20 h	04	30 h	01	Quatro	01
De 02- 03 anos	01			12 h	01	Um	05
				08 h	03	Menos de 01	01
De 05- 06 anos	02			04 h	03		
Total	09		09		09		09

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora.

Em relação à experiência profissional, todas as entrevistadas apresentam o mesmo tempo de trabalho no município e no PSF. A maioria (sete) possui experiência de até três anos. Cruzando os dados com o ano de formação, pode-se afirmar que a maioria ingressou no serviço público logo após formadas confirmando as características históricas da profissão, que tem no serviço público estatal o maior empregador (78,16%) em nível nacional, de acordo com a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional”, edição virtual (CFESS, 2006).

Com a pesquisa empírica pretendia-se comprovar ou não a inserção do profissional assistente social no PSF. Essa inserção ocorre de forma indireta e esporádica, uma vez que o profissional não compõe a equipe básica, e, sim, faz parte de uma equipe de apoio. Contudo, revendo as entrevistas foi possível verificar que em três municípios o profissional trabalha com o programa desde sua implantação; em um, há quatro anos, em virtude da demanda da equipe básica; em dois, há três anos; em dois, há um ano e, em um, há menos de um ano. Esses dados apontam que, apesar de serem consideradas como equipe de apoio, as assistentes sociais cada vez mais se mantêm no cotidiano de trabalho dos PSFs na região.

Em relação à carga horária semanal cumprida pelas assistentes sociais, verifica-se que a maioria (cinco) trabalha 40 horas semanais e quatro, 20 horas semanais no município; estas ainda trabalham 20 horas em municípios vizinhos, precisando dividir-se em dois empregos para alcançar uma renda melhor. Apenas uma trabalha 40 horas semanais no PSF para atender 12 equipes; também uma com 30 horas semanais, para atender três equipes, e seis cumprem de 4 a 8 horas semanais. Apenas duas assistentes sociais trabalham cinco dias por semana no programa. Em virtude da falta de investimentos financeiros na área da saúde para contratação de profissionais da área de Serviço Social, acaba-se gerando uma elevada demanda para essas profissionais que atuam nas secretarias municipais de Assistência Social, na medida em que precisam desdobrar-se em duas ou mais secretarias municipais, pois na sua maioria são contratadas para trabalhar na SMAS e prestam serviços à SMS, mais

especificamente aos PSFs. Configura-se, assim, trabalho precarizado, comprometendo a qualidade do serviços prestados, sem continuidade e realizando tarefas de “apagar incêndio”, quando surgem “casos” e são solicitadas.

Nas diretrizes básicas do PSF os profissionais que compõem a equipe básica trabalham 40 horas semanais em cinco dias por semana. Como as assistentes sociais fazem parte da equipe de apoio junto com esses profissionais, não possuem uma carga horária destinada às atividades do PSFs, fazendo a distribuição do trabalho conforme a carga horária de contrato no município. Esses dados são reveladores das condições adversas o que as assistentes sociais vivenciam no cotidiano do PSF para implementar um trabalho com consistência e qualidade.

Tabela 9- Tipo de vínculo empregatício das assistentes sociais

Vínculo	Número	Frequência (%)
CLT	01	11,11
Concursado	02	22,22
Terceirizado	04	44,45
Contrato emergencial	01	11,11
Cargo em confiança	01	11,11
Total	09	100,00

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora.

Os dados revelam que a maioria das assistentes sociais (seis) não ingressou no serviço público pela via do concurso, com garantia de direitos trabalhistas, mas via terceirização, contrato emergencial e cargo de confiança, o que gera uma rotatividade que interfere na criação de vínculos profissionais para com a comunidade e equipe de PSF, comprometendo o acompanhamento das famílias. Ainda, as assistentes sociais vivenciam o processo de precarização do trabalho, seja pela remuneração, seja pelo tipo de contrato de trabalho, ganhando forte expressão pela terceirização decorrente das transformações do mundo do trabalho: “[...] a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais, bem como ausência de proteção e expressão sindicais [...]” (ANTUNES, 2006, p.52). Demonstra-se a tendência do mercado de trabalho em diminuir o número de trabalhadores protegidos e substituir por outros que entram e saem mais facilmente, sem custos demissionais. (ANTUNES, 2006), realidade vivenciada pelas assistentes sociais, que sofrem as inseguranças do trabalho, referidas no capítulo 2 deste estudo.

Política de saúde e assistência social

O estudo contempla algumas questões que procuram dar visibilidade aos processos de trabalho no Serviço Social, principalmente no que diz respeito a conhecimentos teóricos que devem nortear a intervenção e são importantes no espaço sócio-ocupacional da política de saúde, na concepção da Constituição Federal de 1988, do SUS, da Reforma Sanitária, do PSF, e à categoria empírica assistência social, que pode ser considerada transversal a todas as políticas sociais.

Em relação à concepção de saúde, a maioria das profissionais (cinco) revela uma concepção de saúde vinculada ao bem-estar físico, mental e social, aproximando-se do conceito da Organização Mundial da Saúde. Porém, não mencionam a saúde como um direito social e revelam desconhecimento do conceito ampliado de saúde, como resultante das condições de vida e de trabalho, legitimado na Constituição Federal de 1988 e no SUS, resultante do movimento da Reforma Sanitária, o que expresso nas seguintes falas:

Saúde estado de bem estar-físico, mental, social. Soma de fatores.(entrevista 01)

Saúde bem-estar físico, mental, todas as questões relacionadas, moradia.(entrevista 03)

Saúde passa pelo corpo e alma. Tem que estar bem em todos os aspectos. (entrevista 04)

Saúde direito de todos e bem-estar físico e mental. .(entrevista 06)

Bem estar-físico, psicológico e mental. Tanto física quanto psíquica. (entrevista 07)

Duas profissionais fazem referência à saúde como resultante das condições de vida, mas não a referem como política pública, direito do cidadão e dever do Estado.

Saúde como um todo, não só ausência de doença. Vai além: moradia, lazer, alimentação... conceito amplo. .(entrevista 02)

É resultante das condições que a gente vive, habitacionais, sociais, familiares. .(entrevista 08)

Ainda, uma profissional faz referência à saúde como direito de todos, mas não como resultante das condições de vida, revelando ignorar o caráter de política pública enquanto dever do Estado. Também uma profissional não tem clareza sobre a concepção de saúde, desconhecendo totalmente a saúde como resultante das condições de vida, como direito do cidadão e dever do Estado.

Bem-estar físico, emocional, social e direito de todos. (entrevista 05)

Se não tem saúde, não tem nada. (entrevista 09).

As falas revelam uma tendência ao desconhecimento da Constituição Federal de 1988, que regulamentou a política de saúde como direito social, que, junto com as políticas de assistência social e previdência, forma o Tripé da Seguridade Social, trazendo à tona o caráter de proteção social, e, ainda, como resultante das condições de vida, no art. 3º do SUS:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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 bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (SUS-RS, p.23)

Portanto, a concepção de saúde vai além da ausência de doença, além dos fatores biológicos, sendo também compreendida no cenário econômico e social. E isso requer “[...] um conjunto de procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.” (COSTA, 2000, p.47). Nesse sentido, o trabalho do assistente social na área da saúde deve estar fundamentado na concepção de saúde da Constituição Federal de 1988 e do SUS e articulado aos princípios da Reforma Sanitária, desvendando o que há de social na saúde.

Ao mesmo tempo em que demonstram desconhecimento da política de saúde no texto constitucional, no que diz respeito à assistência social, as assistentes sociais revelam que a Constituição Cidadã trouxe mudanças no seu trabalho profissional, principalmente destacando as conquistas nesta área indicadas nas falas:

Concepção de direito. Possibilitou a inserção do profissional. Parceria no trabalho em equipe. Não mais papel fiscalizador. (entrevista 01)

Definição de direitos. Rompeu com o assistencialismo. (entrevista 02)

Mudou. Assistência Social como política pública e saúde direito de todos. (entrevista 03)

Alterou. Trouxe a profissionalização do assistente social. a LOAS, a Regulamentação da Profissão, ECA, Estatuto do Idoso. Garantia de direitos. (entrevista 04)

A assistência social como política pública, garantia de direitos. (entrevista 06)

A partir daí, maior regulamentação de leis da profissão. Começou o trabalho com a política de assistência social. Com caráter mais de direito a quem necessitar. Visibilidade da profissão, definição de paradigmas, passou por processo de reflexão. (entrevista 08)

A maioria (sete) das profissionais demonstra claramente as mudanças ocorridas no campo da garantia dos direitos sociais, tendo na Constituição Federal de 1988 um instrumento legal para viabilização desses.

Também cinco indicam referências de conquistas profissionais coletivas, pois foi a partir da Constituição Federal de 1988 que a assistência social passou a ser política pública, direito de quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem

por objetivos a proteção à família, maternidade, infância, adolescência e velhice, entre outros, regulamentada pelos artigos 203 e 204 da Constituição Cidadã. Também foi a partir de 1993 que se deram os grandes avanços desta área — a Lei da Regulamentação da Profissão (lei 8.662/93), o Código de Ética dos Assistentes Sociais (CFESS 273/93) e a Lei Orgânica da Assistência Social (lei 8.742/93) —, procurando romper com práticas assistencialistas, conservadoras, potencializando, assim, a garantia de direitos da cidadania.

Nesse sentido, é importante destacar que a maioria das profissionais trabalha com reduzida carga horária na saúde, concentrando seu trabalho profissional na política de assistência social, com carga horária de até 20 horas semanais em geral, como já demonstrado na Tabela 8. Assim, é possível inferir que, em razão do maior envolvimento com a política de assistência social, acabam por não se apoderar de conhecimentos essenciais para o trabalho na área da saúde. Contudo, uma profissional destaca alterações no trabalho com a saúde, trazendo melhor organização dos serviços, e a criação do PSF.

Alterou, dentro da saúde, após foi criado o PSF. Foi melhor organizada. A população tem mais atendimento, melhorou. (entrevista 09)

Ainda confirmando a tendência da fragilidade teórica no que diz respeito à política de saúde, a maioria (cinco) das assistentes sociais, quando questionadas sobre o conhecimento a respeito do movimento da Reforma Sanitária e suas principais contribuições para a saúde no Brasil, revela falta de informação, ou, até, confusão quanto à concepção de saúde, como demonstrado nestas falas:

Não conheço, não tenho informação. (entrevista 04)

Não sei. (entrevista 05)

Bem - estar físico, psicológico e mental. Tanto física quanto psíquica. (entrevista 07)

Mais ou menos. Busca não só a internação. Redução de danos, trabalhar a família no seu meio. (entrevista 08)

Mais ou menos. Não estou lembrada. (entrevista 09)

As quatro entrevistadas que revelam determinado conhecimento fazem indicações, em sua maioria, ao papel da prevenção, relacionando-a com os princípios de universalização, equidade, descentralização e concepção de direito de cidadania. Vejam-se seus depoimentos:

A partir do movimento começou a trabalhar de uma forma cultural. Reflete hoje o trabalho da prevenção, higiene. Quando aconteceu, causou revolta. População foi contra relator. (entrevista 01)

O SUS busca a equidade. A reforma trouxe vários avanços: universalização... (entrevista 02)

Sim, grande avanço na área da saúde. Antes era para alguns, agora é para todos. (entrevista 03)

Sim, trouxe a unificação da saúde. Garantia da saúde como direito, gratuidade, universalidade, descentralização. (entrevista 06)

Para prestar um serviço de qualidade e para intervir na realidade social, o assistente social precisa do domínio teórico-metodológico e de um saber específico na área da saúde, pois o objetivo da profissão nesta área “[...] passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.” (BRAVO; MATOS, 2004, p.43). Nesse sentido, deve planejar suas ações sinalizando para a “defesa intransigente das conquistas sociais obtidas na Carta Constitucional de 1988 em sua dimensão de universalidade, ameaçada pelas políticas neoliberais”. (IAMAMOTO, 2001, p.142). Ora, um dos desafios que está posto ao Serviço Social na área da saúde é a defesa da política de saúde como integrante da seguridade social, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, o fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária, da Constituição Federal de 1988 e do SUS. Mas como articular esses conhecimentos com o projeto ético-político do Serviço Social, que é voltado para valores de defesa da justiça social e da democracia se a maioria das profissionais parece desconhecer a proposta e as principais contribuições desse movimento para a saúde brasileira?

Programa Saúde da Família e a Reforma do Estado

Como referendado anteriormente, o PSF foi incentivado pela NOB/96 do SUS, seguindo as orientações da Reforma do Estado, que prevê a racionalização dos serviços. É importante ressaltar que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde deva ser universal, gratuita e de responsabilidade do Estado,

[...] mas o SUS não dispõe de recursos orçamentários suficientes, nem pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração do SUS adequado para executar a tarefa, que possa garantir um mínimo de eficiência e efetividade para o sistema. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.253).

Nesse sentido, é necessário criar o “sistema de porta de entrada”, de onde deverá vir todo e qualquer encaminhamento para ambulatórios especializados e hospitais aos cidadãos, via unidades de saúde e/ou PSF. E as organizações criadas para atender e esse fim, sejam públicas não estatais, sejam privadas ou filantrópicas, deverão competir, não permitindo o monopólio entre si e a criação de um quase-mercado, que controlará a qualidade dos serviços. (BRESSER PEREIRA, 1998).

Ao abordar as questões do instrumento que dizem respeito ao próprio Programa Saúde da Família, verificou-se que na maioria dos municípios oito o programa corresponde a uma cobertura de 100%, ou seja, atende a todo o município; em um município a cobertura fica em torno de 87%. Portanto, o programa não se configura apenas como a porta-de-entrada no sistema de saúde, objetivo para o qual foi criado: “[...] para melhorar a atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade” (TEIXEIRA, 2001, 237), como representado pelas falas, é o único atendimento público de saúde no município e, ainda, como retratado na entrevista 1, não o é para todos:

doze PSF e 87% da cobertura, em torno de 46 mil pessoas. O PSF atende vinte áreas. São três bairros descobertos. A área central, a de maior renda, e o pessoal fora da cobertura. Vão ao Centro de especialidades médicas, clínicas particulares e especialidades. (entrevista 01)

um PSF em todo o município. (entrevista 02)

um PSF 100% de cobertura. (entrevista 03)

três PSF cobertura de 100%. (entrevista 08)

dois PSF 100% de cobertura. 4800 habitantes. (entrevista 06)

um PSF 100% de cobertura, sede e interior. (entrevista 07)

Dos nove municípios entrevistados, seis possuem uma única equipe de PSF para atender a toda demanda. Um município com doze equipes e cobertura em vinte bairros deixa três a descoberto, “os de maior poder aquisitivo”, que devem acessar os serviços conveniados, clínicas particulares. Estes últimos se constituem nos “cidadãos consumidores”, aqueles que acessam o mercado, diferentemente dos “cidadãos clientes”, que são objeto das políticas públicas, os que podem e os que não podem pagar pelos serviços. (BRAVO; MATOS, 2001), (MOTA, 1995). Logo, é possível inferir sobre a “universalização excludente” (MENDES, 1993) e a “dualidade discriminatória” (SOARES, 2000; BEHRING, 2003), ou seja:

[...] um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços corriqueiros, já que os mais sofisticados e de alta complexidade permanecem no setor público, sendo inclusive utilizados pelo setor privado, especialmente com a criação das organizações sociais [...] (BEHRING, 2003, p.268).

Num município com duas equipes dá-se cobertura de 100 % . Os PSF estão inseridos nas unidades de saúde, de acordo com as nove entrevistas realizadas. Não se organiza como um serviço paralelo, nem desestrutura, assim, a própria unidade, mas, por outro lado, converte-se na própria rede de atendimento básico. Desse modo, é possível levantar a questão de que o PSF vem substituindo as unidades básicas de saúde implantadas até então e configura-se como um único modelo, o que fica claro nas seguintes declarações:

Sim. O atendimento em saúde se dá através do PSF. Ele é a porta de entrada, para depois encaminhar as especialidades. São 12 unidades de saúde e 12 PSF. (entrevista 01)

Sim. Funciona nas unidades. No centro e nas comunidades do interior. Desloca-se semanalmente, um dia em cada unidade. (entrevista 02)

Sim. Está inserido nas duas unidades de saúde do município. (entrevista 04)

Sim. Está inserido na unidade. Tudo passa pelo PSF, porta de entrada do atendimento à saúde. (entrevista 05)

duas equipes centradas na unidade urbana e se deslocam para visitas domiciliares e reuniões de grupo das comunidades. (entrevista 06)

Sim, funciona junto do posto de saúde. Tudo passa pelo PSF, é o primeiro contato. Após encaminhamentos para outros profissionais. (entrevista 07)

Sim. Tem a equipe de PSF no CAIS, mais as especialidades. Aqui é referência, mais plantão e parte burocrática da Secretaria Municipal de Saúde. O PSF é a referência das demais unidades. A marcação de consultas, exames laboratoriais, farmácia, tudo aqui. Agora tem farmácias em outros locais, descentralizam. Todos os encaminhamentos passam pelo PSF. (entrevista 08)

Dessa forma, o PSF pode se constituir num programa focalizado para determinada população, embora todos tenham acesso à assistência médica individualista, comprometendo os princípios do SUS, pois “[...] não amplia a assistência e não garante a universalização, ao contrário, tende a manter a sobrevivência, sem qualidade, sem cidadania.” (TEIXEIRA, 2001, p.248). Contudo, perceber essas limitações não significa manter distância ou ficar alheio a elas, mas trabalhar no sentido de tentar ultrapassar essas contradições que se colocam no cotidiano profissional (TEIXEIRA, 2001). Para tal, é preciso refletir de forma crítica sobre a atenção integral à saúde para além do processo saúde-doença, considerando a precariedade e inoperância do setor diante de uma política econômica que reproduz desigualdades sociais e exclusão social. Essa realidade estabelece o desafio de avançar na direção da luta democrática que possibilite aos cidadãos o direito a uma saúde mais ampla e não restrita à cobertura de um programa, facilitando o acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde e ampliando canais de participação nas comunidades atendidas pelos PSF.

Conforme as falas acima, é possível inferir que nos seis municípios que possuem uma equipe de PSF, é esse o único atendimento em saúde, havendo a necessidade de deslocamento dos cidadãos das zonas rurais para a zona urbana, uma vez que as unidades básicas ficam centralizadas nas sedes municipais. Por sua vez, aqueles municípios em que há o deslocamento da equipe da zona urbana para rural, fica a zona urbana sem cobertura ou vice-versa, comprometendo, inclusive, o acesso.

No que diz respeito à composição da equipe básica, os municípios pesquisados (nove) seguem a lógica das diretrizes do PSF, ou seja, uma equipe básica é formada por um médico; um enfermeiro; um técnico de enfermagem; cinco, seis, ou oito agentes de saúde,

conforme o número de famílias cadastradas; um dentista para cada duas equipes em municípios com mais de duas equipes de PSF e um dentista para cada equipe para municípios com apenas uma equipe básica. Essa é realidade retratada nas seguintes falas:

Doze médicos, doze enfermeiras, seis dentistas, sessenta e três agentes de saúde. Fora equipe básica tem um assistente social, um psicóloga (04 horas semanais). (entrevista 01)

Um médico, um 01 enfermeira, um dentista, duas técnicas de enfermagem e seis agentes de saúde e um auxiliar dentário. Equipe de apoio: uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um gastroenterologista, um pediatra e um ginecologista. (entrevista 03)

dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas dentistas e doze agentes de saúde e uma assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e pediatra como equipe de apoio. (entrevista 06)

um médico, um enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem, e seis agentes de saúde. Equipe de apoio: uma assistente social, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, um pediatra e um ginecologista. (entrevista 07)

Nove municípios agregam profissionais assistentes sociais e psicólogos na equipe de apoio; seis, nutricionistas; cinco, fisioterapeutas; três, pediatras; dois, fonoaudiólogos; dois, ginecologistas e um, gastroenterologista. Nesse sentido, o Ministério da Saúde deixa claro que outros profissionais poderão compor as equipes básicas de acordo com as necessidades locais. No entanto, no que diz respeito ao financiamento, é repassado somente para a equipe básica mínima. É possível inferir que todos os profissionais de saúde, independentemente do grau de intensidade, podem contribuir nos cuidados de atenção primária em saúde, sendo, portanto, importantes para o SUS e PSF. Nesse sentido, partindo da concepção ampliada de saúde, entende-se “[...] que todos os conhecimentos e saberes, acumulados na interpretação desta visão necessitam articular-se de forma horizontal, sem se sobrepor”. (TEIXEIRA; NUNES, 2004, p. 128). Assim, a interdisciplinaridade é um desafio que se coloca no trabalho com o PSF, principalmente com profissionais que, além de conhecerem aspectos epidemiológicos, também entendam do social e possam problematizar as questões levantadas nas equipes no sentido de contribuir na troca de saberes e experiências, explorando os espaços que contemplem a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Para tal, é preciso construir coletivamente e não se restringir à execução das atividades imediatistas, burocráticas e pontuais, com o planejamento, discussão, reflexão sobre a situação de saúde dos usuários envolvendo a comunidade, visando à integralidade do sistema de saúde.

Portanto, é necessário ter clareza de que o PSF se dá no contexto da Reforma do Estado ou da Contra-Reforma, na qual se verifica que há uma tendência de privatização e mercantilização dos serviços sociais, principalmente quando os cidadãos de direitos são transformados em cidadãos-consumidores, disponibilizando-se os serviços de proteção social

básica para o cidadão pobre (MOTA, 2006, p.46), de que são exemplo a ampliação e expansão de programas como o Saúde da Família.

Prevenção, promoção e educação em saúde

Entretanto, fica claro que o PSF sugere como fundamental papel na política de saúde a prevenção, que deve ser realizada por meio da educação e informação em saúde, representada em sete das entrevistas:

Fundamental, porque trabalha a prevenção. Agora a população tem mais claro o caráter preventivo das unidades. (entrevista 01)

Programa muito importante. Não pode deixar de existir, principalmente o trabalho das agentes de saúde, que estão na casa, na comunidade, vendo o que está acontecendo. Deve se organizar o programa em lei. (entrevista 03)

Atender a família nas suas necessidades essenciais. Atendimento mais humanizado. A equipe se desloca ao paciente. Trabalha na lógica da prevenção. (entrevista 04)

Tem importante papel de orientação, acompanhamento, apoio e diagnóstico. Não só atendimento médico, embora a população não reconheça o papel do PSF. Vinculam ao médico. (entrevista 05)

Fundamental. Trabalho preventivo, para diminuir os agravos de saúde. Viabiliza o atendimento à saúde, acesso. (entrevista 07)

É fazer atendimento preventivo. Conhecer o meio, interagir com a família. Não só patologias, doenças. É desenvolver ações interativas com a equipe. (entrevista 08)

É importante porque atende melhor a comunidade, no sentido da prevenção e das visitas. Mas ali é falho porque o pessoal não consegue sair. (entrevista 09)

Sete assistentes sociais afirmaram que as ações em saúde são mais voltadas para prevenção e educação em saúde, como revelado nestas falas:

Prevenção, trabalho em grupo, mais com idosos- garantia de direitos- estudo do Estatuto do Idoso. (entrevista 01)

Prevenção e educação em saúde. (entrevista 03)

Educação em saúde. Reuniões em grupos de hipertensos, diabéticos, saúde bucal, prevenção ao tabagismo. (entrevista 04)

Mais voltada para educação de um modo em geral, prevenção. (entrevista 05)

Educação em saúde e prevenção. (entrevista 06)

Prevenção e educação em saúde. (entrevista 07)

Bastante prevenção. (entrevista 09)

É importante destacar que, no âmbito da saúde, o Serviço Social tem uma trajetória construída e “[...] domina procedimentos metodológicos e instrumentais técnicos adequados, como a abordagem em educação em saúde⁶¹, pois percebe a informação como direito”. (TEIXEIRA, 2001, p.244). A profissão tem compromisso ético (CFESS 273/93)⁶² com “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”. (CFESS, 1996). Nesse sentido, tem muito a contribuir com o Programa Saúde da Família, que deve trabalhar nessa perspectiva e contemplar educação em saúde.

Como demonstrado nas falas, a prevenção e a educação em saúde desenvolvem-se dentro da unidade de saúde, havendo necessidade de deslocamento dos cidadãos, famílias e comunidade em geral, apesar de haver equipes que se deslocam até as comunidades interioranas, pois o PSF, como já visto, organiza-se através da estrutura na unidade básica de saúde e está centralizado na sede, comprometendo as ações de prevenção na comunidade.

A prevenção nas unidades de saúde tem uma forte tendência a ser realizada com grupos na sala de espera⁶³, nos atendimentos de consultas e demais profissionais de saúde, em reuniões com grupos de hipertensos, diabéticos, planejamento familiar e outros. (VASCONCELOS, 2006a). Nas visitas domiciliares o trabalho preventivo fica mais restrito aos agentes comunitários de saúde, embora essa seja uma função que cabe a todos os profissionais da equipe, seja para conhecer a realidade e planejar a intervenção, respondendo às demandas dos usuários, seja para discussões específicas que dizem respeito à situação de saúde dos usuários. Portanto

a visita domiciliar é vista como um importante componente do programa que permite inserir-se na realidade da família, perceber a dinâmica familiar, fortalecer o vínculo com a comunidade, identificar situações de risco e planejar intervenções. (COSTA, 2003, p.48)

As diretrizes básicas do PSF lançadas pelo Ministério da Saúde pretendem “[...] romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender as ações de saúde para a comunidade.” (ALVES, 2004, p.47). Pode-se inferir que, com a implantação do PSF, aumentou a procura pelos serviços, pois o programa, de certa maneira, viabilizou o

⁶¹ Educação e informação em saúde consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, à família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de problemas de saúde individual e coletiva, também epidemias e endemias. (COSTA, 2000, p.45).

⁶² Resolução do CFESS 273/93 de 13 de março de 1993 que institui o Código de Ética Profissional do Assistente Social.

⁶³ Considera-se aqui sala de espera as reuniões que são realizadas com usuários de programas de uma forma não sistemática. As reuniões são abertas, participando o usuário quando comparece na unidade para atendimento médico, e outros. (VASCONCELOS, 2006a, p.215).

acesso a pessoas que geralmente não conseguiam chegar até as unidades de saúde, como no caso dos doentes dependentes que vivem acamados; por outro lado, é reduzido ainda o número de equipes básicas por município, como demonstrado anteriormente, porque há municípios somente com um PSF e uma única equipe para toda cobertura municipal. Confirmam-se, pois, os ditames da Reforma do Estado, não só na racionalização dos recursos financeiros, mas também no reduzido número de recursos humanos na área de saúde.

Ainda um profissional relata que as atividades mais desenvolvidas no PSF são de prevenção e tratamento. Contudo, um alega que tem pouca prevenção, sendo o programa bastante curativo, o que contraria a proposta.

Prevenção e tratamento. (entrevista 02)

Não tem muita prevenção, eu acho pouco. Está bastante curativo, poucas visitas domiciliares do médico e enfermagem. (entrevista 08)

Outro papel sugerido nas entrevistas é em relação à garantia de direitos e a um trabalho próximo às famílias, como revelado em duas entrevistas:

Garantia de direitos de forma mais efetiva e próxima da família. (entrevista 02)

Atendimento universal a todas as famílias. (entrevista 06)

Desde que foi criado, o PSF propõe-se desenvolver atividades de vigilância e promoção à saúde, priorizando ações de atenção básica, prevenção e promoção em saúde. Portanto, deve atuar a partir das necessidades dos cidadãos e famílias, os quais devem ser atendidos antes do surgimento dos problemas e agravos de saúde. (ALVES, 2004, p. 48). Nesse sentido, o PSF foca no indivíduo, na família e na comunidade e deve ser desenvolvido a partir de um trabalho interdisciplinar junto à comunidade, por meio de um “sistema capaz de articular e fortalecer atividades intersetoriais, pois nem sempre o PSF consegue resolver os problemas de saúde identificados” (COSTA, 2003, p.48). O PSF trabalha principalmente nas áreas mais periféricas dos municípios, onde as condições de saúde são agravadas por condições de vida precárias, em virtude da pobreza, da dificuldade de acesso de bens e serviços coletivos, de problemas referentes a saneamento básico, moradia, alimentação, trabalho, lazer e educação. Assim, fragiliza-se o princípio da universalidade e equidade, pois não consegue atender a todos e igualmente de acordo com suas peculiaridades.

Participação e Controle Social

A participação na área de saúde e nas outras políticas sociais é concebida na perspectiva do controle social, no sentido da comunidade e setores da sociedade civil no importante papel de democratizar o Estado, participando das discussões em conferências, conselhos, como também na formulação e aprovação de planos, programas e projetos, na definição de recursos financeiros para área, os quais atendam aos interesses e necessidades dos usuários. Assim, na saúde tem-se a institucionalização da participação da comunidade e no controle social pela lei 8.142/90, pela criação de mecanismos como Conselhos Municipais de Saúde e conferências, como já abordado no capítulo 1. A área da saúde é potencializada pelos princípios da Reforma Sanitária e do SUS, que não reivindicam direitos para alguns, mas para todos.

Há uma perspectiva de transformação do processo de trabalho de todas as categorias dos profissionais da área da saúde, objetivando, de forma igualitária e universal, um processo de democratização do setor de saúde com a presença da comunidade, através do controle social, da promoção da saúde e cidadania para todos. (BROMBERGER, 2003, p.17.)

Portanto, o Serviço Social tem uma postura profissional historicamente construída junto aos movimentos progressistas da sociedade, ampliando canais de participação da comunidade, como demonstrado nas falas das nove assistentes sociais entrevistadas, as quais participam de organismos de participação coletiva, como em conselhos municipais. Na sua maioria elas participam de conselhos, como, declaram:

Conselho Municipal de Pessoas com deficiência – participa como conselheira (entrevista 01)

Codimas, CMAS, PIM - participa nas reuniões mensais. (entrevista 02)

CMAS, Controle Social do Bolsa Família, PETI, Comdica. Participa como conselheira. (entrevista 03)

CMH, CMAS e Controle Social do Bolsa Família. Participa como conselheira e no Bolsa Família coordenação. (entrevista 04)

CMS, CMAS, CMI, CME, Conselho Municipal de Segurança Alimentar, CMH e Controle Social do Bolsa Família. Como conselheira do Departamento de Assistência Social. (entrevista 05)

CMS, participo como conselheira pelo CRESS. Também participo de um grupo de educação inclusiva e faço parte do grupo de técnicos das secretarias municipais de Educação, Saúde e Assistência Social. (entrevista 08)

CMS, CMH, CMAS, Controle Social do Bolsa Família, Comdica. Participo como conselheira do Departamento da Assistência Social da SMS a AS. (entrevista 09)

Como se observa, sete assistentes sociais, a maioria participam dos Conselhos Municipais de Assistência Social; cinco, no Controle Social do Bolsa Família⁶⁴; quatro, nos Conselhos Municipais de Habitação; três, no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente; duas, no Conselho Municipal de Saúde; duas, no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e, em menor incidência, em outros conselhos, como do Idoso, da Educação, das Pessoas com Deficiência. Sete assistentes sociais participam representando órgãos governamentais, como SMAS; uma representando a categoria profissional e uma, ainda, como coordenadora, assessora; ainda, uma profissional que participa das reuniões mensais não possui papel de conselheira nem de assessora. Nesse sentido, é possível inferir sobre a descentralização que tem ocorrido no nível municipal e que a participação em conselhos das assistentes sociais, é considerada como um exercício democrático tanto no acompanhamento da gestão e avaliação das políticas sociais como na busca da ampliação e qualidade de serviços prestados aos usuários dessas políticas. Há uma tendência de os profissionais assistentes sociais (30,44 %) participarem coletivamente de conselhos municipais, dos quais 57,66 % são Conselhos Municipais de Assistência Social. (CFESS, 2006).

Cabe ressaltar que existem diferenças entre os conselhos, no que diz respeito as suas competências, estruturação e composição, pois possuem caráter deliberativo e/ou consultivo. Os Conselhos de Assistência Social e Saúde “[...] buscam o fortalecimento da democracia e do exercício de controle da sociedade para com o Estado” (CFESS, 2006). Pode-se inferir que os conselhos, como mecanismos democráticos de participação e controle social, são produtos legalmente instituídos com o avanço da Constituição Federal de 1988, os quais permitem a participação social da sociedade civil na gestão e avaliação das políticas sociais, na busca de melhor qualidade de serviços prestados, fortalecendo o setor público.

É de suma importância a participação dos profissionais assistentes sociais nos conselhos, de forma crítica, propositiva, para a garantia de direitos, uma vez que esses espaços podem contemplar a mobilização comunitária fortalecendo a luta coletiva. Tal concepção é denotada nas falas sobre a importância dada pelo profissional assistente social aos conselhos municipais:

Fundamental. Principalmente para a garantia do direito, faz “pressão”. (entrevista 01)

Eles que determinam as políticas. Eles têm poder na mão e não sabem. Tem-se a responsabilidade de estar esclarecendo o papel do próprio conselho. (entrevista 04)

⁶⁴ O Bolsa Família é um programa pactuado entre governo federal, estadual e municipal de transferência direta de renda que beneficia famílias empobrecidas, do Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome.

São bastante importantes e têm forte atuação. Alguns existem por obrigação. O CMAS se reúne uma vez por semana. O Bolsa Família tem 700 beneficiários, fazem o controle social, pois temos 105% de cobertura. 300 cartões foram falsificados, uma pessoa cadastrava e recebia. (entrevista 05)

Além de ser fiscalizador, nos dão muito apoio. Levanta demandas, o que é melhor fazer, ajuda nas prioridades, não se recebe recursos do governo estadual. (entrevista 06)

Hoje não se pode fazer nada sem eles. Na fiscalização é fundamental. Participam várias entidades, representantes da comunidade. (entrevista 07)

A importância que tem a participação dos usuários. Espaços de participação, discussões, análises, orçamentos, ações, enquanto secretarias. (entrevista 08)

É muito importante, é o lugar que a população tem de ver como está funcionando, onde eles podem deliberar o dinheiro. Melhorou muita coisa. Parece que deram mais importância a cada setor. (entrevista 09)

As falas sinalizam para aproximação que a maioria das assistentes sociais tem junto aos conselhos municipais, no entanto apenas duas participam nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, onde mais especificamente se trata das questões relacionadas à saúde e PSF. É possível justificar o maior envolvimento com outros conselhos pelo maior envolvimento profissional com a política de assistência social, como demonstrado anteriormente. As próprias entrevistadas revelam a potencialidade dos conselhos tanto no papel de fiscalizador, na transparência de recursos, na luta pela garantia de direitos, como para levantar demandas e contribuir no planejamento das políticas, embora nem todas (duas) possuam clareza quanto ao seu papel.

É nesses espaços contraditórios que se constitui a luta por melhores condições de vida e saúde, as quais devem ser ocupados por profissionais que trabalhem procurando contemplar os interesses e necessidades dos usuários, tanto na representação do governo, dos trabalhadores em saúde, como da sociedade civil (VASCONCELOS, 2006b). Nesse sentido, essa é uma demanda que está posta ao assistente social, que toma a questão social como seu objeto de trabalho, o que se manifesta também por meio dos movimentos de resistências e rebeldias. Portanto, nos espaços dos conselhos fortalecem-se canais de participação e controle social na prestação de serviços sociais como a saúde; também na participação das conferências, fóruns de debates e na capacitação técnica de conselheiros.

Ainda em relação à participação dos usuários, sobretudo no que diz respeito ao trabalho com o PSF, dá-se mais especificamente das seguintes formas:

Sugerindo temas, o que instiga. Conhecendo seus direitos. Denúncias, reclamações à coordenação ou à assistente social. (entrevista 01)

Através das reivindicações. O gastro veio a partir da demanda dos usuários. (entrevista 03)

Sim, através das reivindicações referentes ao atendimento junto ao CMS. (entrevista 04)

Três profissionais relatam que os usuários participam mais especificamente sugerindo temas que os instigam para serem trabalhados, denúncias, reclamações e reivindicações; dessas, uma relata que as denúncias vêm à coordenação do PSF ou à assistente social, sendo, assim, tratadas individualmente. Contudo, a saúde é encarada como direito de cidadania e por isso, precisa ser tratada coletivamente, tendo no Estado seu protagonismo.

A participação se dá nos grupos. Reuniões para discussão de orçamento, mobilizar. (entrevista 06)

Nas reuniões, acesso aos serviços. (entrevista 07)

Quando vão em busca dos serviços ofertados, participação nos grupos. (entrevista 08)

Nos encontros. (entrevista 09)

Participam das reuniões, sugerem alterações que nem sempre são acolhidas. (entrevista 02)

Cinco profissionais sugerem que a participação se dá mais especificamente pela presença dos usuários nos grupos, nas reuniões, quando acessam os serviços; ainda, uma revela que nem sempre as alterações sugeridas são acolhidas pelo programa.

A participação deve ser pensada como um exercício de cidadania. Para isso, os usuários precisam ser ouvidos, discutir sobre suas condição de vida, reconhecer-se como cidadãos de direitos, fiscalizando e refletindo acerca dos limites e possibilidades da política de saúde, a fim de fortalecer estratégias de resistências e diminuir as desigualdades sociais.

Processos de trabalho no Serviço Social

A categoria processos de trabalho no Serviço Social é desdobrada nos elementos constitutivos trabalho, objeto e meios, seguindo a perspectiva marxista. Procura contemplar questões que estão relacionadas a esses elementos, desde a relativa autonomia à caracterização do trabalho em si, bem como limites e possibilidades e contribuições profissionais, questões essas que não são estanques e que se articulam entre si em todo o trabalho.

Demandas, rotinas e atividades profissionais no PSF

Em relação à demanda atendida pelo PSF no sentido de conhecer a realidade social, informações sobre quem são as pessoas usuárias do programa, de onde vêm e o que buscam no atendimento do PSF são necessárias para planejar ações profissionais que contemplem os interesses e necessidades dos usuários, mais especificamente caracterizados como :

Hipertensos, diabéticos, depressivos, idosos e gestantes. Maior número: idosos, mulheres e crianças. Vêm dos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, famílias cadastradas, quem tem plano de saúde não são atendidos. (entrevista 01)

Maioria idosos, mulheres e crianças. O público adolescente não procura o PSF. A equipe não é preparada para atender adolescentes. Não sentem-se à vontade. (entrevista 02)

Maioria idosos e adultos. A maioria vem do interior, das comunidades. (entrevista 04)

Índios (adultos), população urbana adulto. Vêm mais da aldeia indígena e centro. (entrevista 05)

O PSF da Vila X apresenta muitos casos de alcoolismo, adolescentes grávidas e depressão. Está tendo muitos acidentes de trabalho nas empresas e precisam de traumatologista, passam pelo PSF.

Percebe-se demanda grande de adolescentes grávidas e álcool. Vão fazer planejamento para atender essa demanda. No centro tem idoso bastante, bem variado. De forma em geral, doenças, patologias. Pega vila de carentes também. (entrevista 08)

Os usuários do PSF, como revelado nas entrevistas, têm maior incidência em idosos (sete), seguidos das crianças (cinco), mulheres (quatro), hipertensos (dois), diabéticos (dois), depressivos (dois), adultos de uma maneira em geral (dois); em menor incidência, o PSF atende índios (um), gestantes (um), adolescentes grávidas (um) e dependentes químicos de álcool (um).

Esses usuários buscam na sua totalidade (nove) consulta médica e medicação, seguidos de participação nos grupos (nove), como de hipertensos, de diabéticos, de gestantes de alcoolismo, de planejamento familiar, ou seja, o programa é centrado no atendimento médico, na saúde focada na doença, como revelam as seguintes falas:

Buscam consulta médica, participação nos grupos mensalmente, e grupo Bolsa Família - pesagem das crianças, planejamento familiar e assuntos de interesses delas. (entrevista 01).

Buscam atendimento médico, medicamentos. Procuram “um ombro amigo”, conversar com a enfermeira e assistente social. Atendimento com a fisioterapeuta e psicóloga. A assistente social faz atendimentos individuais, grupais, encaminhamento, trabalha com a equipe. (entrevista 03)

Buscam atendimento médico: consultas, exames e medicamentos. Vão para as reuniões mensais com a equipe nos grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes. (entrevista 06)

Buscam medicamentos, consultas médicas, prevenção ginecológica e participação nos grupos de hipertensos, alcoolismo. (entrevista 07)

Buscam consulta médica, não querem avaliação da enfermagem. Procuram amenizar a dor, solução para problemas, diagnóstico, entrega de remédios. (entrevista 08)

Buscam atendimento médico, psicológico: depressão. Assistência social bastante, bolsa família, grupos, cursos, acompanhamentos nutricionais as gestantes, odontológico. (entrevista 09)

De acordo com o tipo de procura nos serviços de saúde, as demandas são dirigidas e constituem-se mais especificamente em atendimentos individuais, grupais, visitas domiciliares em “casos específicos” de depressão, alcoolismo. Em um município ficou explicitado o trabalho na perspectiva dos direitos da cidadania:

No grupo “Saber Viver” hipertensos e diabéticos, trabalha direitos da cidadania. Gestantes: parto seguro e direitos das gestantes. Reuniões de equipe. Promoção de seminário. Visitas domiciliares casos de depressão, relacionamento familiar, alcoolismo. Plantão social : saúde e assistência social. Capacitação das agentes de saúde. Trabalho integrado. A “equipe busca conhecer da área do assistente social.” O PSF de é referência na região pela visão da equipe e resultados alcançados. (entrevista 03)

Tem grupo de gestantes, de tabagismo (assistente social e psicóloga), Liga de Combate ao Câncer- com voluntárias e portadores. Os grupos de hipertensos e diabéticos pararam agora com o turno único, porque era de tarde. A saúde e a assistência social é para voltar em turno normal em outubro. Funciona o de gestantes. Tem caminhadas 2 x por semana, organizadas pela técnica de enfermagem e agentes de saúde, para criar o hábito. Outros grupos as agentes de saúde fazem, mas é mais ocupação, terapias, trabalhos manuais. (entrevista 08)

Cabe ressaltar que, embora não explicitado pelas assistentes sociais o objeto de trabalho, ou a matéria-prima sobre a qual o assistente social intervém, está posto na realidade apresentada. É possível inferir que a questão social se manifesta nesta demanda seja pelas condições de saúde vivenciadas pelos usuários, pela dor, sofrimento, e luta pelo acesso à saúde pelo atendimento médico, pela medicação, pelas necessidades da intervenção de outros profissionais, seja pela prevenção, promoção e recuperação em saúde e todas as condições de vida relacionadas. Todavia, também se revela pelos movimentos de resistência, de queixa, reclamação, mobilização da comunidade para suprir suas necessidades e contemplar seus interesses.

Nesse sentido, há a necessidade de voltar-se ao objeto de trabalho do assistente social sob pena de serem reproduzidas no cotidiano profissional práticas conservadoras, não identificadas com a classe trabalhadora, negando o caráter de ruptura, fortalecido pelo Movimento de Reconceituação. Para tal, é necessário desvendar como se manifesta o objeto

profissional na política de saúde, como condição para potencializar o projeto ético-político do Serviço Social, com seus valores fundantes, articulando-os com os princípios da Reforma Sanitária, e dar sentido ao “fazer profissional” já que, enquanto profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, tem em si uma função social, um valor de uso e de troca que se materializa por meio dos processos de trabalho.

O trabalho do assistente social sofre as transformações do mundo do trabalho, uma vez que sua intervenção independe de sua vontade e possui apenas relativa autonomia, pois seu projeto profissional

[...] supõe uma dupla dimensão: as condições macrosociais que tecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual e de outro lado, as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo-apoiadas em fundamentos teóricos-metodológicos-de parte dos agentes profissionais a esse contexto. (IAMAMOTO, 2006, p. 171).

Nesse sentido, requer-se do assistente social que vá além e ultrapasse o dito e o aparente, para apreender o movimento da realidade social e, então, planejar suas ações profissionais procurando superar o caráter imediatista e burocrático na saúde. Assim, contribuirá nos espaços sócio-ocupacionais em que se insere, participando de movimentos de resistências às desigualdades sociais e fortalecendo mecanismos que ampliam a participação social.

Sete assistentes sociais revelam que existe o estudo da demanda no PSF, e uma profissional relata que as ações são mais voltadas para as áreas cadastradas, tendo no PSF a prioridade do trabalho, seguida da supervisão de estágio. Outras quatro levantam a questão de que o estudo da demanda é realizado em equipe, procurando envolver agentes de saúde e usuários. No entanto, duas afirmam que não existe estudo da demanda, ou seja, conforme a procura fazem-se os atendimentos, como demonstrado nestas falas :

Sim, as ações são voltadas para as áreas, prioridade é o PSF. As sextas-feiras são destinadas à supervisão. (entrevista 01)

Sim, reunindo os dados que tem e o que não tem. O que poderia estar fazendo. O trabalho com o idoso envolve todos. (entrevista 04)

Sim, diretamente nas comunidades do interior, com agentes de saúde e usuários. (entrevista 05)

Sim, tem as pesquisas sócio-econômicas e culturais na vila X. Como conselheira tem noção. Fica sabendo da gestão, o que poderia ser ocupado mais. (entrevista 08)

Não, conforme vai surgindo vai-se acompanhando, tempo limitado. (entrevista 06)

De acordo com a demanda, a rotina de atendimento que se estabelece com o trabalho no PSF se dá por meio de ações norteadoras, de trabalho em grupo, atendimento de projetos, demanda interna, externa, como sinalizado nas falas :

Trabalha por ações norteadoras. Atende 12 equipes de PSF (idas às unidades); demanda da SMS e supervisão de estágio. Na garantia do direito-acesso; humanização em saúde; valorização; encaminhamentos para rede; informações; falta de medicação; encaminhamentos da SMAS; fraldas, medicamentos; quando não entendem o próprio balconista da SMS; dificuldade no transporte; acompanhar, traduzir; trabalhar o direito, a garantia; processos administrativos; documentação. (entrevista 01)

Grupos (reuniões) adolescentes. Trabalha cidadania, projeto de vida, sexualidade, identidade. Visitas domiciliares, demandas do grupo e solicitações, socialização de informações, encaminhamentos, entrevistas com as mães. Visitas domiciliares com a enfermagem, agentes de saúde, grupo de AA. (entrevista 02)

Demanda externa: Conselho Tutelar, Fórum. Demanda interna, da prefeitura. Plantão social. No PSF realiza laudos para concessão de exames, triagens, encaminhamentos, perícias. Não participa de reuniões de equipe, não trabalha com grupos. Atende também SMAS e saúde junto [...] (entrevista 04)

Grupo de gestantes na cidade. Trabalho no interior com médico, enfermeira, e psicóloga. Reuniões para orientações, grupos. Levanta interesses dos temas a serem discutidos [...] reeducação para a rotina do trabalho, saúde, auxílio medicamento. (entrevista 05)

Surgem os problemas “apaga incêndio”. [...] focado no atendimento individual. Plantão social e visitas domiciliares, acompanhamentos e trocas com a enfermagem e psicologia, depressão, gestante e alcoolismo [...] (entrevista 06)

[...] Atendimento individual. Avaliações, atendimentos agendados, encaminhados pelas ACS. Plantão social, estou lá à disposição. Visitas domiciliares: sozinha, com agentes ou com outros profissionais. Reuniões de equipe, grupo de agentes, sob a responsabilidade do Serviço Social e Psicologia. [...] reunião de equipe no centro, encaminhamentos, avaliações, relatórios, reuniões de equipes entre técnicos. Participa mais do grupo de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. [...] acaba atendendo com o Conselho Tutelar. (entrevista 09).

É comum nas falas da maioria das assistentes sociais a referência à rotina do trabalho no PSF, seja no atendimento da demanda interna e externa, seja no atendimento no plantão social, reuniões de grupos, visitas domiciliares, encaminhamentos internos e externos e grupos de prevenção. É pelo “[...] plantão social do Serviço Social que os usuários podem contar com a única porta aberta permanentemente na unidade de saúde, sem necessidade de marcação prévia.” (VASCONCELOS, 2006b, p.285). Entende-se ser essa mais uma contribuição do assistente social ao PSF, na medida em que há a potencialidade de encaminhar as solicitações, pedidos de respostas, orientações, informações “de cada caso” de caráter individual para o caráter coletivo. Dessa forma, beneficiam-se todos os usuários, atendendo aos interesses e necessidades coletivamente, o que pode reverter a própria rotina institucional.

Como visto, existe uma rotina estabelecida que responde aos interesses e necessidades dos usuários, como mencionado em três entrevistas:

Sim, principalmente o grupo do “Bolsa Família”, são 2.400 famílias, é um grupo distinto, mas inserido na demanda do PSF. Buscam informações, casos de violência, drogradição, pensão alimentícia, encaminhamentos. Socialização de informações, o

loteamento indígena, não faz parte das famílias cadastradas, estão na entrada da cidade, mas é atendida pelo PSF. (entrevista 01)

Sim, procuram trabalhar com os interesses dos usuários. (entrevista 03)

Sim, diminui o número de atendimento no posto. Faz o trabalho preventivo nas comunidades. (entrevista 07)

Seis assistentes sociais declararam que a rotina estabelecida responde apenas em parte às necessidades dos usuários :

Em partes. A unidade absorve toda a população, aos adolescentes não. (entrevista 02)

Em partes, equipe de trabalho rotineira. Troca de profissionais, equipe instável. Quando usuários adquirem vínculos com a equipe, ocorre a troca. (entrevista 04)

Em parte. No sentido do acesso ao serviço e atendimento em saúde e não por ser focado na doença. Há necessidade de mais prevenção. Mas a população não sabe o que é o PSF. (entrevista 05)

Em parte. Precisaria de mais tempo para organizar os grupos de prevenção. Organizar mais, motivar para participação. Participam pouco, talvez não se trabalhe interesses.

As pessoas querem tudo de “mão beijada”, não sabem valorizar os benefícios. Por que será que o pessoal procura tanto o posto? Muita consulta, saúde preventiva na comunidade. (entrevista 06)

Portanto, faz-se necessário o rompimento com as rotinas e as burocracias a fim de potencializar as informações trazidas pelos usuários nos atendimentos, sobretudo no plantão social, e pensar na reorganização do trabalho, tendo em vista as reais condições de vida e saúde dos usuários. (IAMAMOTO, 2002).

A formação profissional do assistente social fornece-lhe subsídios para entender a totalidade⁶⁵; para perceber os usuários como sujeitos históricos; reconhecê-los como cidadãos de direitos, capazes de serem protagonistas na sociedade e, também, está mais próximo da realidade social, o que lhe permite uma intervenção estratégica e uma leitura crítica da realidade. O Serviço Social profissionaliza-se na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio-institucionais no âmbito das políticas sociais. [...]”. (ALMEIDA, 1996, p.27)

Embora a maioria das assistentes sociais afirme que o PSF atende apenas em parte aos interesses e necessidades dos usuários no que diz respeito ao Serviço Social, as nove profissionais afirmaram que o Serviço Social atende à demanda a ele dirigida de diversas formas:

Pontual, escuta, acolhida, acompanhamento. (entrevista 01)

⁶⁵ Totalidade entendida não como a reunião de todos os fatos, mas como uma unidade dialética, um todo articulado e interconectado. “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (KOSIK, 2002, p.44).

Através dos instrumentos, estratégias. Concepção de direitos e emancipação. (entrevista 02)

Através de atendimento individual, grupal, visitas domiciliares, o imediato também. Fraldas geriátricas, encaminhamentos p/asilos. (entrevista 03)

Procura dar retorno concreto, buscando alternativas para demanda, “fortalecendo a andar com as próprias pernas”. (entrevista 05)

Conhecendo a necessidade, ouvindo, escutando, construindo saídas juntos, através de encaminhamentos, orientações. (entrevista 08)

É, pois, importante refletir sobre algumas questões no sentido da reduzida carga horária do assistente social no PSF e da demanda intensa e diversificada, visto que as profissionais entrevistadas demonstram trabalhar intensamente e ter muito pouco espaço para qualificar esse trabalho. A rotina excessiva constitui-se numa das formas de excluir o trabalhador do processo de criação fundamental ao trabalho produtivo. Os relatos das assistentes sociais reiteram o quanto os processos de trabalho a que estão submetidas são atravessados pelas novas conformações do mundo do trabalho, apontado no capítulo 2 desta dissertação.

Projeto de trabalho

Para romper com essa rotina burocrática com tendência a responder à demanda institucional, que nem sempre é a demanda do usuário dos serviços, o assistente social

[...] precisa ter competência para negociar e propor com a instituição os seus projetos, indo além da rotina institucional, buscando aprender o movimento da realidade social, as tendências e possibilidades que se fazem presentes nos espaços sócio-ocupacionais para ir além do dado e aparente e transformá-las em projetos de trabalho.(IAMAMOTO, 2006).

Pensando nos processos de trabalho e nas relativas condições em que se executa o trabalho, chegou-se à categoria projeto de trabalho. Embora exista o estudo da demanda em sete municípios, constatou-se que na totalidade deles não há projeto escrito específico sobre o trabalho do assistente social no PSF. Observa-se que o planejamento das ações do profissional assistente social fica restrito às atividades do próprio programa, visto que a assistente social:

Fica restrita à secretaria. Existe um carro para as 12 unidades. Se programa com as unidades de saúde, trabalha num grupo por vez, faz visitas domiciliares e tem 03 estagiárias de Serviço Social. De acordo com o cronograma do carro e grupos.(entrevista 01)

Faz cronograma de ações por prioridades. Visitas domiciliares quando tem carro disponível, nas segundas-feiras. Demanda externa e agendamento. (entrevista 04)

Levantamento das necessidades dos usuários através do plantão social, projetos. Estuda as ações, visualiza antes e vê o depois, elencando prioridades, metas e objetivos. (entrevista 05)

Depende. No início do ano faz plano de ações, a partir dos casos, leituras, demandas. Faz bastante Estudo Social (adoção, guarda), contato com a rede, Conselho Tutelar. Mais fácil contato em município pequeno.

Tem cronograma de atividades. Muita coisa planeja a partir das pesquisas que a gente está fazendo. Agora na vila com todos os idosos e deficientes estão fazendo uma . E está se pensando o que pode estar fazendo.

O grupo de educação inclusiva, agentes de saúde se pensa juntos. Enquanto secretaria não se tem planejamento coletivo. (entrevista 08)

As falas sugerem que não existe um plano de trabalho estabelecido; assim, trabalham conforme a demanda interna e externa, dos grupos, a disponibilidade de carro para a realização de visitas domiciliares e prioridades, bem como o levantamento das necessidades dos usuários através do plantão social, e fixam cronograma. Contudo, o plano de trabalho faz parte da etapa de elaboração do planejamento, que é importante para se alcançar: “[...] não só que se façam bem as coisas (eficiência), mas que se façam as coisas que realmente importa fazer, porque são socialmente desejáveis (eficácia)”. (GANDIN, 2005, p.17). Nesse sentido, é importante saber onde se está, levantando a realidade social por meio de um diagnóstico para, então, intervir. Portanto, “ planejar é agir de um determinado modo para um determinado fim” (GANDIN, 2005). Entretanto, para planejar precisa-se ter clareza do que se quer (objeto), de onde se está (diagnóstico) e do que precisa ser feito (programação) para diminuir a distância e se atingir os objetivos propostos. Portanto, planejar é transformar a realidade numa determinada direção; é organizar ações; intervir na realidade e agir racionalmente, dando clareza e precisão à própria ação, propondo técnicas para transformar a ação. (GANDIN, 2005). Nesse sentido, cabe ao assistente social, a partir de seu objeto, a questão social, planejar suas ações para que contribuam na melhoria da qualidade de vida e de saúde dos usuários da política de saúde, mais especificamente, do PSF, pela prevenção, promoção e educação em saúde, potencializando a participação da comunidade e o controle social.

Três assistentes sociais alegam planejar suas ações a partir do trabalho em equipe e estabelecer projetos.

Juntamente com a equipe. No início do ano e início do II semestre é feito o planejamento. (entrevista 03)

Levanta a demanda com a equipe e planejam. Não gosta de trabalhar sozinha. Envolve a equipe que trabalha, sugestões. Projetos e programas, procura envolver os conselhos. (entrevista 06)

Discute em reuniões de equipe, projetos e segue um cronograma. (entrevista 07).

Vale a pena ressaltar que os projetos fazem parte da etapa da elaboração no planejamento, mais especificamente a programação, e que um planejamento deve contemplar também a execução e a avaliação, a fim de levantar novas propostas, que respondam aos interesses e necessidades dos usuários.

Uma entrevistada ainda relata que na própria secretaria não existe planejamento coletivo. Apesar disso, é possível inferir das falas que o planejamento é um instrumento de trabalho importantíssimo, pois

[...] no planejamento do Serviço Social e das ações que os assistentes sociais e equipes se preparam para trabalhar. O produto resultante do planejamento não é um simples documento a ser consultado. É um instrumento de luta, de negociação, de registro da prática. Se a formação profissional oferece os instrumentos teóricos para captar o movimento da realidade social é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em “recurso vivo”, podendo assim, contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho, ou seja, promover a saúde. (VASCONCELOS, 2006b, p. 258).

Verifica-se que uma das contribuições do profissional assistente social pode ser do próprio processo de planejamento junto à equipe, pois nele se expressa sua visão de homem e de mundo, fundamentada pelos valores fundamentais que constituem o projeto ético-político do Serviço Social, legitimado nos documentos que regulamentam a profissão, na busca do exercício da cidadania e da emancipação dos sujeitos sociais, bem como na construção de um projeto de trabalho que pode significar uma forma potente de resistência às ações meramente rotineiras e burocráticas.

Fundamentação teórica e metodológica do trabalho

Refletir acerca dos processos de trabalho no Serviço Social remete ao projeto ético-político profissional e sua fundamentação a partir das diretrizes curriculares (ABEPSS, 1996), que prevê um aporte de conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos, os quais são indissociáveis uns dos outros, devendo estar articulados entre si previstos pelos núcleos temáticos dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social, fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e dos fundamentos do trabalho profissional, que exigem conhecimentos e habilidades necessárias para o exercício profissional.

Nesse aspecto, três profissionais referem a fragilização dos conhecimentos teóricos - metodológicos, pois não possuem um método definido por meio do qual realizam seu

trabalho. Duas ressaltam embasamento no positivismo, uma cita as teorias pós-modernas da complexidade; uma, a fenomenologia e uma, o marxismo. Vejam-se as respostas:

Complexidade. A doença repetitiva não é orgânica. “O todo ta na parte e a parte ta no todo.” (entrevista 01)

Marxismo. Analisa o macro e o micro da conjuntura. Visão de sociedade capitalista: relação capital e trabalho. (entrevista 02)

Fenomenologia. (entrevista 03)

Não possui método definido. (entrevista 05)

Positivista. (entrevista 06)

Não tenho clareza de qual método me guio. (entrevista 07)

Sistêmico. (entrevista 09)

Cabe lembrar aqui a Tabela 7, que demonstra ser a maioria das assistentes sociais formada sob a égide das novas diretrizes curriculares e que suas respostas a esse quesito apontam, no mínimo, para a necessidade de se olhar mais atentamente para as instituições formadoras, uma vez que deveriam estar alinhadas às diretrizes curriculares da Abepss, o que é contraditório nas falas das entrevistadas.

É importante destacar que está claro o posicionamento profissional no projeto ético-político pela teoria social crítica- marxismo, na qual a leitura da realidade é feita com base na leitura da sociedade capitalista, com suas devidas contradições e seus conflitos de classe e sua relação com o capital e trabalho. O trabalho profissional do assistente social efetiva-se na dinâmica das relações sociais da sociedade capitalista, respondendo a interesses diferentes que tensionam entre si:

[...] responde tanto a demanda do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadoras, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história. (IAMAMOTO, 2006, p.170)

É possível afirmar que a questão social, objeto de trabalho do Serviço Social, e suas refrações na vida dos sujeitos são reflexos dessa sociedade e, a partir do contexto sócio-histórico no qual se insere, a profissão assume compromissos ético-políticos que lhes são exigidos, considerando os projetos profissionais e projetos societários. Assim, a profissão vincula-se a um outro modelo de sociedade, que visa à superação e à dominação de classe, buscando a autonomia dos sujeitos e a cidadania plena. Rompe com os valores conservadores que lhe deram origem, devido ao positivismo, com uma visão ahistórica, harmônica, que negava o conflito de classe e culpabilizava os sujeitos por sua situação e condição social na sociedade. Ainda remete ao marxismo, resgatando os sujeitos históricos e o caráter político da

profissão; nesse sentido, é essa a direção social do Serviço Social historicamente construída e regulamentada pelas legislações profissionais.

No que diz respeito às relações no trabalho no tocante ao conhecimento relativo às legislações profissionais, as nove assistentes sociais recorrem às legislações para nortear o seu fazer profissional, tais como:

ECA, Loas, Código de Ética, Código Civil, SUS, Estatuto do Idoso. (entrevista 02)

Loas, ECA, SUS, Constituição Federal de 1988, Estatuto do Idoso, resoluções e portarias da assistência social. (entrevista 03)

Loas, ECA, Estatuto do Idoso, Código de Ética, SUS. (entrevista 04)

Loas, SUS, Suas, ECA, Estatuto do Idoso, Código de ética profissional. (entrevista 07)

Nove profissionais recorrem às legislações como o Estatuto do Idoso e Estatuto da Criança e Adolescente; oito, ao SUS e à Loas; quatro, ao Código de Ética profissional e, ainda, duas profissionais remetem à Constituição Federal de 1988 e uma, ao Código Civil. É possível inferir que essas legislações indicam o papel jurídico e político da profissão, por meio do qual ocorrem a defesa da profissão e o comprometimento profissional com a qualidade dos serviços prestados pelo assistente social, bem como norteiam o trabalho profissional do assistente social, seja na sua relação com as instituições empregadoras, seja com outros profissionais e em relação aos usuários dos serviços, como consta no Código de Ética Profissional. No entanto, esse reconhecimento jurídico legal não tem correspondência com os autores referidos e com a fundamentação teórica, que aponta para uma leitura eclética da realidade.

No que diz respeito a autores de referência consultados, existe uma heterogeneidade significativa, visto que os profissionais recorrem a bibliografias específicas sobre política de saúde, assistência social, como resoluções, portarias, informativos em geral, e autores tanto de referência marxista como, com maior incidência, Vicente de Paula Faleiros (seis), Marilda V. Yamamoto (três), e Maria Lúcia Martinelli (três); com menor incidência, transitam do referencial da complexidade, como Edgar Morin, e do positivismo, como aponta Balbina Ottoni Vieira. Portanto, novamente chama atenção neste item a necessidade de se reverem os cursos de formação dos assistentes sociais.

Estratégias instrumentos e técnicas

Considera-se que também cabe ao assistente social o domínio de conhecimentos técnico-operativos para o exercício profissional, não sendo esses exclusivos do Serviço Social, mas meios que os trabalhadores utilizam para execução de seus processos de trabalho.

Assim, nove das assistentes sociais entrevistadas mencionaram com maior incidência que para a realização de suas ações utilizam como técnicas e instrumentos as entrevistas, reuniões e grupos; sete, as visitas domiciliares e, como estratégia, os espaços dos conselhos; quatro, realização de pesquisas e, ainda, com, menor incidência, seminários, palestras, conferências, capacitação, estudos e pareceres sociais, planos e projetos.

Reuniões, atendimento individual, grupal, encaminhamentos, estudo social, solicitações, aciona a rede interna e externa. Conselho para pessoas com Deficiência, Conselho Tutelar, CMAS, CMH, Liga de combate ao câncer e Conferências.(entrevista 01)

Estudo social, parecer social, entrevistas, visitas domiciliares, grupo, pesquisa, projetos, conselhos, equipe, capacitação. (entrevista 02)

Planos, projetos, pesquisas, entrevistas, grupo, reuniões de equipe, conselhos municipais e conferências (entrevista 03)

Visitas domiciliares, entrevistas, investigações, pesquisa, grupos, conselhos, articulação da rede, seminários, reuniões. (entrevista 04)

Plano de ação, visitas domiciliares, atendimento individual, grupos, reuniões, discussão de casos, encaminhamentos, leituras, estudos, conselhos, equipe, pesquisas, relatórios, registros. (entrevista 08)

É importante ressaltar que na utilização dos instrumentos e técnicas para o desenvolvimento do trabalho é importante ter clareza a respeito do porquê de agir sobre um determinado fim, e isso implica “[...] projetar não apenas os meios/ instrumentos de realização, mas também as conseqüências”. (GUERRA, 2000, p. 30); do contrário, corre-se o risco de cair no tecnicismo burocrático, que nem sempre responde aos interesses dos usuários. E essas são importantes ferramentas para o assistente social utilizar no sentido de potencializar o projeto ético-político profissional na defesa da garantia dos direitos de cidadania.

Ressalta-se que os instrumentos e técnicas só têm sentido quando articulados com o referencial teórico que os ilumina teleologicamente. Apenas para fins didáticos e com a convicção de que saber operar é fundamental para uma profissão interventiva, essa categoria aparece em separado.

Condições de trabalho do assistente social

O assistente social é um trabalhador coletivo partícipe da divisão sociotécnica do trabalho, que não realiza seu trabalho individualmente, pois faz parte de um projeto profissional coletivo. No entanto não detém todos os meios de trabalho, pois depende dos recursos financeiros, técnicos e humanos disponibilizados pelas instituições empregadoras, públicas ou privadas. (IAMAMOTO, 2001).

Nesse sentido, no que diz respeito às condições de trabalho-espço físico, a maioria (oito) das assistentes sociais entrevistadas conta com boa infra-estrutura de trabalho quanto a sala de atendimento, de reuniões, equipamentos como computador, telefone, disponibilidade de carro, bem como a garantia do sigilo profissional, como revelado nas falas:

Espço adequado, garantido a privacidade, condições de atendimento, computador, telefone, fichamento. Usa bastante a sala da coordenação para “estar mais junto”, mas tem sua própria sala para atendimento. (entrevista 01)

Sala de atendimento, bom tamanho, privacidade, condições boas, computador, fichamento, falta transporte. (entrevista 02)

Espço físico garantido, em condições de trabalho. Computador, carro, sigilo garantido, sala para reuniões e atividades. (entrevista 05)

Sala para o Bolsa Família. Tem uma sala de atendimento, computador. O local que funciona os projetos, tem duas salas de reuniões. Privacidade e sigilo garantido. Carro disponível por agendamento, consegue sempre. (entrevista 06)

Aqui tem sala. Nos outros PSF não têm. Utiliza sala da psicologia ou enfermeira. Estão construindo, vão terminar agora sala de reunião. Tem computador, internet livre, telefone, fax, digitador se precisar. Tem espço para os grupos. Na vila está sendo usado a sala da escola para reuniões. (entrevista 08)

Tem uma sala de atendimento, outra sala de reuniões. Tem condições para atendimento e privacidade há um ano. Conseguiu, antes não tinha. (entrevista 09)

Uma delas revela que o espço foi conquistado há pouco tempo, e uma revela que falta transporte. Ainda, uma não conta com espço para atendimento, ocupando espço inapropriado, porém já está sendo providenciada uma sala para a assistente social junto à unidade de saúde. Esta ressalva, contudo, que apesar, de ocupar sala de outros profissionais quando disponível, tem a privacidade garantida.

Não tem uma sala para o Serviço Social. Estão estruturando o espço. Ocupa a sala do fisioterapeuta, médico, quando não ocupada. Ou, sala de reuniões, que é a cozinha, atende ali o usuário. Tem a privacidade, o sigilo garantido. Está prevista uma sala para assistente social na ampliação da unidade. (entrevista 04)

No que se refere aos recursos financeiros e materiais disponibilizados para o trabalho do assistente social no PSF, todas relatam que contam com recursos específicos do programa,

do Fundo Municipal da Saúde e/ou Fundo Municipal de Assistência Social e/ou recursos disponibilizados por outras secretarias:

Tem verba específica do PSF. Trabalha com o material que tem na coordenação. Procura usar material que tem muito no consumo. Conta com mesa, cadeiras, telefone, computador, material de consumo. Material para o trabalho tem, a dificuldade é o transporte. (entrevista 01)

Conta com os recursos financeiros do PSF, materiais da secretaria. O material que precisa tem disponibilizado. A dificuldade é o carro. Aproveita o carro quando está disponível. Também ocupa o carro da assistência social. (entrevista 08)

Duas entrevistadas com maior carga horária no PSF demonstram conhecimento relativo ao funcionamento do programa, que possui verba específica, porém a maioria (sete) das assistentes sociais relata que utilizam os recursos provenientes dos fundos municipais; também trabalham com reduzida carga horária no PSF, comprometendo, assim, o exercício profissional.

Sentinela, assistência social (recursos dos projetos).

Conta com tudo pela saúde. Orçamento. Tem toda estrutura, transporte, computador. (entrevista 03)

Tem os recursos da SMS e FMS, na assistência social está desabilitado. Trabalham mais com recursos próprios. Tem recursos financeiros necessários. População da agricultura. Tem informática, cedência de infra-estrutura de outras secretarias. Não tem carro próprio, mas não há necessidade. (entrevista 05)

Recursos do FMS, não falta material. Tem computador, TV, vídeo, retroprojetor, carro, material didático. (entrevista 07)

É tudo da assistência social. Dos projetos: Asema, OASF. Tem computador, impressora, TV, aparelho de CD. A maioria do material se compra com o dinheiro e se divide nos grupos. (entrevista 09)

Em relação às condições materiais e financeiras, a maior dificuldade apresentada é o transporte, pois a maioria não possui carro próprio para o trabalho, o qual é disponibilizado por outras secretarias. Destaca-se a dificuldade no comprometimento com a qualidade de serviços prestados, pois o carro é um importante e essencial instrumento de trabalho do assistente social tendo em vista a demanda das visitas domiciliares.

Divisão, organização do trabalho no PSF

A divisão do trabalho no PSF dá-se pela procura dos usuários pelo serviço, de acordo com a demanda e rotinas já sinalizadas.

Os usuários chegam procurando atendimento médico. É feita abordagem pela enfermagem na chegada do paciente: triagem e a distribuição do trabalho na maioria das vezes é feita pela enfermeira, ou trazido pelas agentes de saúde. Levantam a demanda do Serviço Social. (entrevista 01)

“Surge um caso” se encaminha pra demanda adequada. É feito o melhor naquela situação. Respeito ao sigilo.

O trabalho é centrado no médico ou na enfermeira. Tudo começa pela consulta. Ele encaminha para outros profissionais. O Serviço Social recebe encaminhamentos do secretário municipal, pois o serviço é adjunto da SMS e AS. (entrevista 04)

A equipe tem autonomia para trabalhar e levantar as questões. O grupo de apoio trabalha junto. Não é uma equipe sempre presente, se deslocam as comunidades. (entrevista 05)

Coordenação da enfermagem. Mais centrado na enfermagem. Reuniões de 15 em 15 dias com as agentes de saúde, agendamentos de visitas. (entrevista 06)

Parte das consultas. Atende a demanda e ações educativas. A pessoa é atendida pela atendente, faz triagem a técnica de enfermagem. O médico e a enfermeira encaminham para outros profissionais e agentes de saúde casos de abandono, idoso. Primeiro, vê-se a questão biológica, ou se a pessoa vem direto pedindo pelo profissional é encaminhada. (entrevista 08)

O médico e a enfermeira fazem as visitas para os pacientes que não podem ir ao posto. Quando tem necessidade encaminham para assistente social, ou ACS e a psicóloga. E a assistente social faz visita, com a enfermeira e agentes tem bastante. Tentando organizar com as agentes. Pode passar direto para assistente social, não precisa passar pela enfermeira. Trabalha assistência social e habitação com grupos. Na saúde estão formando trabalho com grupos: gestantes, idosos, diabéticos e hipertensos, começando. Vê muito que eles querem: estatuto do idoso, direitos, carteirinha de idosos, aposentadorias. Diabéticos e hipertensos só vão à reunião. Direitos e deveres das gestantes, salário maternidade, recreação. Estão tentando montar um grupo diferente com as gestantes. A gente não consegue conversar lá dentro. É quantidade não qualidade. Eu vejo que tem que atender com qualidade. Estou com problemas com o secretário, outros profissionais também. (entrevista 09)

Os relatos demonstram que, apesar de o PSF enfatizar atenção primária em saúde, ainda as demandas dos usuários apelam, prioritariamente, ao atendimento médico. Além disso, a equipe parece disputar a forma de organização do trabalho e demonstra-se ainda a primazia dos médicos na condução do trabalho. Essas características podem levar a uma descaracterização dos serviços, retomando o tradicional conceito de saúde, o que prejudica o desempenho da equipe no sentido de garantir o direito de todos a uma saúde integral.

O Serviço Social entra nessa divisão a partir da demanda dos médicos, enfermeiros, agentes de saúde e outros profissionais, principalmente como apoio:

Por não estar presente diariamente a prioridade técnica é da médica. O que o médico ou enfermeira não resolve mandam para o Serviço Social. Existem “casos” que encaminham diretamente para o Serviço Social.

Médicos com formação mais recente têm visão de trabalho em equipe. Alguns médicos mais resistentes, outros não. “Poder médico”. Duas médicas (mulheres) solicitam de forma mais propositiva.

Os médicos que não atendem pensam ser o “centro da unidade”, são os que dão mais problemas para coordenação médica. Existe um coordenador para equipe médica. (entrevista 01)

Por encaminhamentos dos outros profissionais, pela demanda espontânea e pela triagem da fonoaudióloga e psicóloga. (entrevista 03)

Depois da avaliação de outros, ou a pessoa vem por conta, quando não é saúde, vem pedir informação. (entrevista 08)

Encaminham para assistente social quando necessidade, ou trabalho em grupos. (entrevista 09)

As assistentes sociais organizam-se profissionalmente a partir de quando solicitadas na sua maioria:

As agentes de saúde estão em mais contato com os usuários, percebem algumas “situações” (violência, negligência, alcoolismo). Trazem relato que não é saúde, mas habitação. Realização de visitas domiciliares com agentes, enfermeira. Demanda do plantão de saúde, PSF, equipe. Vai nas reuniões de equipe quando solicitada. Capacitação para agentes de saúde “identificar situações”. Programa Sentinela.

No PSF só atende quando solicitado (entrevista 02)

Tudo passa pela equipe. Tem-se visão de trabalho em equipe. Reunião semanal. Tem dias de visita, de atendimento. A demanda vem pela medicina, enfermagem, agentes de saúde, pelo próprio Serviço Social. Trabalha com encaminhamentos dos outros profissionais [...] (entrevista 03)

Plantão social antes dos grupos e depois. Informações e encaminhamentos. Projetos (ASEMA, OASF) grupos de gestantes, idosos, PPDs, adultos. O trabalho é mais centrado na abordagem grupal. Visitas domiciliares, acompanhamento da família e SMS. (entrevista 05)

Parte de encaminhamentos pela equipe e para a equipe. Mais centrado na doença. Através do plantão social, [...] Visitas domiciliares, troca com a equipe e laudos. (entrevista 06)

Grupos com a Liga de Combate ao Câncer trabalho junto com a psicóloga, com as voluntárias e portadores de câncer. Trabalha nos grupos funcionando no PSF: processo de envelhecimento, Estatuto do Idoso. Com os agentes de saúde faço visitas domiciliares, auto-estima, afetividade, relações de grupo, violência contra a mulher, alcoolismo. Faz ficha, arquivo, registros. Final do mês levantamento, estudo da demanda. Discussões de casos com outros profissionais. (entrevista 08)

O secretário que libera ou não. Tem muita política. A enfermeira é do outro partido, sofre boicotes. Bem difícil de trabalhar. Ele delibera que o médico atende. É por ficha, ordem de chegada. “para quem vota”. (entrevista 09)

Essa forma de organização pode retomar a condição subalterna já ocupada pelo Serviço Social no campo da saúde, quando os profissionais eram entendidos como complementares às profissões essenciais, entre elas, a medicina. Contribui muito para essa situação, de acordo com os dados da pesquisa, o fato de as assistentes sociais terem tempo restrito de trabalho nas equipes de PSF.

Em relação à participação dos usuários na organização do trabalho, é quase inexistente, uma vez que, na sua maioria, os usuários participam mais efetivamente no PSF por meio da presença nas reuniões:

Existe a flexibilidade. Foi pensando um projeto com os diabéticos: passar um dia fora para aprender sobre a doença, preparo da alimentação, educação em saúde. Foi

programado final ano passado, ainda não aconteceu esse dia, tem que melhorar o tempo. (entrevista 01)

Não, apenas com sugestões de temas a serem trabalhados nos grupos. (entrevista 03)

Pouco. Número reduzido de participantes interessados, minoria. Participam com sugestões, idéias, críticas. Participantes dos conselhos municipais. (entrevista 05)

Sim, mais os que participam do CMS, nas visitas domiciliares, na tomada de decisões, sugestões, críticas, atualização de cadastro. (entrevista 07)

Não muito. Nos grupos, os temas partem deles e no CMS são bem atuantes. (entrevista 08)

Participam nas reuniões do CMS, reuniões da Câmara, audiência pública. (entrevista 09)

Portanto, é possível inferir que, para mudar a estrutura do PSF a fim de que se efetive conforme preconizado, há a necessidade de se mudar toda a maneira como se dão a divisão e organização do trabalho, pois não há planejamento das ações que realmente contemple as necessidades e interesses dos usuários, considerando que estes efetivamente participam pouco e que os trabalhadores também não têm espaços consolidados para debates, conforme os dados pesquisados. Reafirma-se, pois, que

há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar [...]” (ALVES, 2004, p.42)

Constata-se que o Serviço Social ocupa um lugar subalterno, atuando apenas quando solicitado por outros profissionais. As assistentes sociais pesquisadas exercem suas atividade no PSF respondendo a demandas de “apagar incêndio”, quando surge alguma situação que outros profissionais não resolvem. Apesar dessa realidade, é preciso reafirmar espaços sócio-ocupacionais como o PSF, buscando condições para realizar um trabalho com

[...] caráter universalista e democrático apostando no avanço da democracia, fundada nos princípios da participação e do controle popular, da universalização dos direitos, garantindo a gratuidade, no acesso aos serviços, a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da equidade. (IAMAMOTO, 2006, p.186).

Ainda é preciso estar comprometido com sua qualificação permanente, avançando na busca de conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos referendados no projeto profissional e no Código de Ética do assistente social.

Tendo em vista a precariedade vivenciada na política de saúde, decorrente tanto da Reforma do Estado como das transformações do mundo do trabalho, o assistente social em seus processos de trabalho, mais especificamente no PSF, vivencia dificuldades, pontuadas nas entrevistas:

Dificuldade com alguns médicos, que não querem se envolver com a justiça. Questão de reconhecimento, não colaboram. Se incomoda a maneira como colegas tratam o usuário. Descomprometimento, desrespeito com o usuário. É SUS é pobre, “tem que ser maltratado mesmo”. Não existe empatia, como se tivessem fazendo um favor ao usuário. Não visualizam a história dos usuários. Procuo fazer solicitações com garantia na lei. “ Lá vem ela com as leis”. Contradição do próprio programa: prevê a prevenção e existe a produtividade focado na doença.(entrevista 01)

Falta de clareza do papel do assistente social. Falta de respeito, falta de ética, sigilo, rotulam os usuários. Não há comprometimento, sem concepção de direito, favor. (entrevista 02)

Diferentes visões de homem e de mundo na equipe em aceitar determinadas escolhas dos usuários. “temos um senhor alcoólatra, que não quer casa, nem asilo”. E a equipe tem a visão de que o assistente social tem que resolver todos os problemas. (entrevista 03)

Falta de entrosamento com a equipe. Falta o trabalho em equipe para discussão das metas, planejamento, objetivos, finalidades. (entrevista 04)

Acesso difícil dos municípios as comunidades do interior, vão buscá-los. Entendimento entre os próprios profissionais, encaixar dias e horários. (entrevista 07)

Cinco profissionais assistentes sociais, a maioria, revelam dificuldades em relação à equipe de trabalho, e outras quatro, dificuldade quanto a precarização do trabalho propriamente dita, em virtude da terceirização, de relações de poder, da falta de oportunidade de capacitação, enfim, características de trabalho penoso. Uma, ainda, além de revelar as dificuldades junto à equipe no que diz respeito também ao relacionamento com o usuário, queixa-se de uma sobrecarga de trabalho muito significativa.

Uma única assistente social para todo o PSF, e atende a demanda da unidade. Deveria ter uma assistente social para cada unidade. Não existe verba para contratação. Não é incluído no PSF. Existe ainda a demanda judicial que vem pela secretaria. O acompanhamento das agentes e estudo social. Quando as agentes precisam fazer relatórios, “ajudo a colocar no papel”.(entrevista 01)

Desmotivação de alguns profissionais. Os profissionais não são concursados, emprego político, cargo de confiança, alta rotatividade, prejudica a questão de vínculos. Estão sempre começando o trabalho a sua maneira. (entrevista 05)

Não consegue mais participar das reuniões porque diminuiu carga horária, assumi o município vizinho, 20 horas.(entrevista 06)

Relações de poder. Alguns casos são resolvidos por outros profissionais.(entrevista 08)

Sou terceirizada. Não saio para fazer cursos, não tem oportunidade de crescimento, cursos, atualização. Até hoje a gente está confusa, muita coisa. Não gosto de prefeitura na verdade. Não é reconhecido. É difícil município pequeno. O secretário quer fazer o trabalho do assistente social e ganhar voto. Não consigo fazer o trabalho, às vezes alguém já fez.(entrevista 09)

Quanto à concepção de trabalho prestado no PSF, as assistentes sociais revelam:

Tenta um trabalho de qualidade. Preocupação em dar retorno, dar respostas. (entrevista 01)

Serviço aprofundado. Dá conta. (entrevista 02)

Poderia ser melhor. É uma única assistente social para tudo. Tem a demanda do Conselho Tutelar, Fórum, assistência social e 10 horas no PIN. (entrevista 03)

Mecânico. Somente o essencial. (entrevista 04)

Mais de apagar incêndio. Não está disponível muitas horas. (entrevista 05)

Falta integração. Percebo que estão retomando mais isso agora. Mantendo contato melhor, bons, a caminho de crescimento. Houve períodos que se trabalhou mais com os médicos. Daí foram embora. Agora se trabalha mais com a enfermagem, os médicos não muito.

Entrosamento bom tem discussão e problematização. (entrevista 06)

Muito bom. (entrevista 07)

Alguns ótimos. Bom eu colocaria. Uma coisa que sempre vi é não atender só o imediato, apagar fogo. Às vezes demora 15 dias a conseguir fazer. (entrevista 08)

Eu acho que deixo a desejar, atende pouco de tudo. Nada bem feito. Não é organizado. Poucas horas. Levo serviço para casa, não consegue atender. (entrevista 09)

Cinco entrevistadas, a maioria, demonstram insatisfação em relação a sua atividade, ao exercício profissional, e três expressam como sendo ótimos, muito bom e bom; uma ainda tenta um trabalho com qualidade, procurando dar retorno profissional. Assim, é possível inferir que as condições de trabalho oferecidas no PSF interferem nos processos de trabalho no Serviço Social, pois o assistente social encontra limites e possibilidades do exercício profissional nos espaços sócio-ocupacionais. Contudo, há a necessidade de ampliar a consciência do profissional acerca de seus processos de trabalho, rompendo com a alienação, para o fortalecimento de estratégias que realmente respondam aos interesses dos usuários, na perspectiva da ampliação e consolidação da cidadania, no respeito à autonomia e à liberdade dos sujeitos sociais.

Nesse sentido, as assistentes sociais sugerem propostas de mudanças em relação ao trabalho do assistente social no PSF:

O PSF devia ser lei. Os Municípios não fazem concurso, se alguém é governante e entende que não seja importante se desmancha todo o programa. O PIM já é lei. (entrevista 03)

Sim, aumento da carga horária, mudança dos dias de reuniões para poder participar, ainda não conseguiu a troca. Tenta se infiltrar no trabalho, mas ainda não consegue. Tem um projeto de acompanhamento ao idoso junto da equipe, ainda não foi efetivado. Gostaria de aumentar o trabalho de grupo, ainda não se inseriu, mas gostaria de trabalhar com os grupos de hipertensos, diabéticos, tabagistas. (entrevista 04)

Propostas existem de atender mais diretamente essa população não eventualmente e também mais direto com a equipe. (entrevista 05)

Uma equipe que se reúna mais vezes. Diagnóstico entre todos “construído junto”, articulação. (entrevista 06)

Sim, com as agentes de saúde. Eu e a psicóloga estamos levantando estratégias, levantamentos. Construir espaço de troca, criar vínculos, levantar outras alternativas. Esse ano não teve muito trabalho educativo, campanhas. Trabalhar mais articulado com a SME e AS. (entrevista 08)

Aumento da carga horária ou contratação de mais profissionais foram referidos por quatro assistentes sociais e um trabalho mais intenso, integrado à equipe, por outras quatro. Assim, as falas sinalizam para as contribuições que o profissional assistente social pode dar ao PSF, no sentido da concepção que tem do usuário, do importante papel na garantia dos direitos sociais, de controle social e participação, na disponibilidade de troca dada pelo trabalho interdisciplinar.

O produto do trabalho do assistente social, ou o resultado da sua atividade em si, sinaliza para:

Reconhecimento do usuário, da profissão na própria equipe. A importância de encaminhar “coisas” específicas da área. Clarear o papel do assistente social.

As unidades que estão sem estagiárias, solicitam. São colocadas nas comunidades mais vulneráveis e em novos campos. (entrevista 01)

Viabilização dos direitos, proteção das crianças e adolescentes, família mais fortalecida. (entrevista 02)

Um trabalho de “formiguinha”, mas com resultados gratificantes, recuperação de alcoólatras, vínculos. (entrevista 03)

Desmistificar o Serviço Social de gabinete. O usuário sente-se mais à vontade ao ser atendido, igualdade no atendimento. (entrevista 04)

Propositivo, de formiguinha. Muitas pessoas já estão sabendo o papel do assistente social. visibilidade do trabalho profissional. Gratifica e te põe pra baixo, é difícil. (entrevista 05)

O que te gratifica são os projetos. Não se tinha nada. Retorno dos casos individuais, quando dão resultado, recuperação, acompanhamento, mudanças familiares, viabilidade do atendimento, proteção social.trabalho com idosos, na visibilidade dos direitos. Estatuto do Idoso. Criação da associação dos PPDs, organização, mobilização e inserção na comunidade. Melhorar na vida do sujeito. (entrevista 06)

Foi feita uma pesquisa pelo prefeito referente à atuação dos profissionais. E o assistente social foi tido no nível de bom. Maior conscientização dos munícipes quanto a sua saúde e qualidade de saúde. Documentação, cidadania, conhecimento dos seus direitos. Estão se cuidando mais, cuidado com a saúde. (entrevista 07)

Em partes a satisfação dos usuários. Ter garantido seu direito. Questão familiar, melhoras habitacionais, convivência familiar. (entrevista 08)

As pessoas vão e falam para gente de maneira positiva. Tomara que tu não saia. Apesar de pouco tempo. Com calma, paciência, as pessoas estão participando dos grupos. Um passa para o outro e tem aumentado a participação dos grupos. Estão gostando, a gente está mudando a idéia de ir só para dançar. Palestras, não só buscar medicação. No Bolsa Família as crianças mais na escola, acompanhamento do peso. (entrevista 09)

Portanto, o produto do trabalho do assistente social nos seus processos de trabalho tem um efeito que não é material, mas social, pois incide no campo de valores e comportamentos, que, por sua vez, têm efeitos na vida dos sujeitos. (IAMAMOTO, 2001, p. 68).

Na pesquisa empírica também se buscou a reflexão das profissionais quanto às possíveis contribuições visualizadas por elas no trabalho com o PSF. Obteve-se a respeito:

[...] Informação, socialização, garantia de direitos, “faz valer”, desmistifica a benevolência. (entrevista 01)

Orientações, trabalho coletivo, emancipação dos sujeitos. Ainda não tem impacto na equipe, trabalho recente. (entrevista 02)

Na forma diferenciada de pensar e ver. Visão de homem e de mundo. Está mais próximo do usuário e trabalha a concepção pelo direito à saúde. As equipes têm que reivindicar pelos profissionais que querem. Aqui o assistente social veio pela reivindicação da equipe. E o assistente social tem que mostrar trabalho. Contribuir nas reuniões, discussões. (entrevista 03)

Tem projeto específico de Serviço Social destinado ao usuário. Principais demandas que precisam trabalhar, necessidade de “colocar no papel”, fazer um projetinho e trabalhar as ações. Busca a garantia do espaço profissional, clarear a importância do Serviço Social. (entrevista 04)

Visibilidade dos direitos e deveres dos usuários. Trabalho em equipe.[...](entrevista 05)

[...] Visualiza a vivência do usuário. (entrevista 06)

Visibilidade do papel do assistente social pela equipe, na própria prefeitura. Abordagem familiar. Trabalho junto com a psicóloga. Consegue ajudar a equipe a ver “coisas” que outros profissionais não enxergam, “estrutura familiar”, apoio. (entrevista 07)

Eu vejo que a maior contribuição é através da visita domiciliar. Na relação familiar. Contatos com outros órgãos, profissionais, articulando o serviço. Acompanhamento e leitura da situação até o momento que não precisa ir lá, até saírem daquela situação. (entrevista 08)

Acredito que na parte da prevenção. Informações, orientações, encaminhamentos. Não são muitos, mas procuram passar para o assistente social. (entrevista 09)

Os dados da pesquisa revelam que, apesar de todas as dificuldades vivenciadas nos processos de trabalho, as assistentes sociais procuram compreender a dimensão social de seu trabalho no PSF; conseguem visualizar o produto desse trabalho, embora seus depoimentos demonstrem que se encontram em condições bastante adversas para que seu trabalho provoque impactos que gerem transformações no modo de vida da população, o que redundaria em valor no seu trabalho.

Esses dados conjugados dão uma dimensão do desafio de se repensar a inserção do assistente social como elemento constitutivo da equipe básica de saúde do PSF. Assim se colocariam, em tese, as condições para que esse trabalho possa ser revestido de qualidade teórica, política, ética e técnico-operativa, no sentido de garantir os princípios do SUS e, desse modo, defender a saúde como direito de todos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar, é importante destacar que, para além do cumprimento de um requisito para a obtenção de título de mestre, o estudo remete para uma série de interrogações a respeito do tema e deixa um tom provocativo para se continuar a interlocução com autores que venham a qualificar ainda mais o debate. Isso porque um estudo não se extingue em si; mesmo, ao contrário, dá embasamento para outros novos; é um princípio, não um fim. Assim, esta pesquisa objetivou também ser instrumento de trabalho que contribuísse na formação de novos conhecimentos no sentido de estar comprometido eticamente com a “atualização permanente e sintonizado no ritmo das mudanças sociais” (IAMAMOTO, 2001), pois as mudanças no cenário social e econômico movimentam-se à velocidade da luz, e ao assistente social cabe estar informado e ter consistência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, o que significa estar capacitado para dar conta da realidade social.

Cabe ressaltar que, na tentativa de percorrer os caminhos dos principais marcos históricos da política de saúde brasileira, foi intento potencializar o debate de que o Movimento da Reforma Sanitária reivindicou o direito à saúde como direito de cidadania para todos, não apenas para alguns, visto que a saúde é algo almejado por todos os cidadãos e não depende somente dos serviços, ou seja, implica o modo e a qualidade de vida.

Com todos os avanços da política de saúde brasileira, apesar de direito do cidadão e garantida pelo Estado, a saúde ainda mantém características com tendências discriminatórias, seletivas e focalizadas, pois desde a década de 1990 vive-se o paradoxo entre os avanços conquistados na Constituição Federal de 1988 e o SUS, com seus princípios da universalização, integralidade e equidade, e a política econômica de recorte neoliberal, principalmente no cenário da Reforma do Estado, que reduz direitos garantidos em favor de equilíbrios fiscais e inserção na economia mundial.

Portanto, há de se pensar num modo de democratizar o Estado e de criar condições para o desenvolvimento econômico, pensando na lógica da Constituição Federal de 1988, contrapondo-se à lógica do Estado mínimo, que preconiza a contenção dos gastos, a descentralização sem responsabilidades do nível federal, à focalização dos serviços e à redução do papel do Estado no atendimento das demandas sociais dos usuários. E é justamente nas lacunas da não-consolidação do Sistema Único de Saúde que tem se efetivado o trabalho das assistentes sociais, a fim de atender uma demanda reprimida muitas vezes e de

responder a rotinas e demandas institucionais, fortalecendo mecanismos que mantêm os sujeitos de direitos na condição subalternizada, que se contrapõe à cidadania.

O PSF, criado como uma estratégia da Reforma do Estado, apresenta na sua forma de organização uma tendência a realizar-se de forma discriminatória, não universalizante, residual, focalizado na população de “risco social”, destituído de cidadania, por isso, descaracterizando-se. Ao invés de prestar assistência à saúde de atenção primária dentro de um sistema integral que prevê a continuidade da atenção, o programa tornou-se uma “assistência precária para os pobres”, pois os Municípios, ao serem estimulados a implantar esse serviço, com recursos advindos do governo federal, optaram, na sua maioria, por traduzir o SUS pelo PSF, deixando de investir nas estruturas do SUS locais.

Em relação às equipes básicas de PSF, desde sua implantação em 1994, o Serviço Social tem buscado ser reconhecido como ator importante nessa composição, o que até o presente momento não foi acatado pelo Ministério da Saúde. O reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que abrange os modos de vida, a garantia de qualidade de vida, os direitos sociais, identifica o Serviço Social no campo de atuação do PSF como área de excelência para seu trabalho. Na prática, os dados da pesquisa apontam que esse profissional tem sido acionado pelas equipes básicas e tem trabalhado nesse espaço dando sua contribuição.

O PSF tem se configurado como um importante espaço sócio-ocupacional do assistente social e, como todo e qualquer espaço, apresenta contradições, limites e possibilidades para o exercício desse trabalho, que necessita ser desvendado para romper com situações de alienação e tornar possível a efetivação de uma práxis que responda aos interesses e necessidades dos usuários, reforçando princípios democráticos, por meio da participação e do controle social. Como programa, o PSF pode ser integrado ao SUS e, assim, compor o sistema articulando os níveis de assistência à saúde. Tem como vantagem o fato de estar próximo da realidade da população usuária; ao trabalhar com os dados da realidade de forma sistemática, incide seu trabalho diretamente no modo de vida dessa população. A crítica está vinculada à composição da equipe básica, que pode tender a trabalhar centrada na figura do médico e, como consequência induzir a um trabalho curativo, focado na doença.

Assim, para cumprir com o papel importante dentro do SUS, o PSF necessita ser modificado, atendendo aos usuários na perspectiva de promover atenção básica em saúde para todos os cidadãos, de acordo com os princípios da universalidade e integralidade, pela articulação da atenção básica em saúde com os outros níveis de assistência, como também articular a política de saúde com as demais políticas sociais, tendo em vista o conceito

ampliado de saúde, para que possa configurar-se como uma política pública, não como um serviço.

A intervenção do assistente social junto aos usuários do PSF e da política de saúde é possível no sentido de poder trabalhar os direitos de cidadania e a garantia da saúde como um direito social, devendo ter no Estado seu protagonismo, pelo desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção e recuperação em saúde na busca de um atendimento humanizado e integralizado.

É fundamental compreender os processos de trabalho em que o assistente social se insere para avançar no caminho da materialização do projeto ético-político da profissão, que reconhece a necessária emancipação dos sujeitos, reforçando princípios democráticos como condição para a transformação social. Nesse sentido, pode contribuir com outros protagonistas na criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social, na perspectiva da garantia de direitos, e trabalhar para a criação de consensos em torno das lutas, interesses e necessidades da classe-que-vive-do-trabalho, fortalecendo canais de participação dos usuários na gestão e controle social da prestação de serviços da política de saúde, como condição para o enfrentamento das desigualdades sociais e potencialidade dos movimentos de resistência, ou seja, dar conta do objeto profissional: a questão social.

Os processos de trabalho em que o assistente social se insere sofrem as repercussões do mundo do trabalho, resultante da lógica de acumulação capitalista, que alteram os processos, as relações de trabalho. Todavia, a centralidade não muda: a acumulação de capital, superexploração da classe-que-vive-do-trabalho, seja pela substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, seja pelas formas desregulamentadas de contratação, a exemplo da terceirização, do trabalho precarizado e desprotegido, enfim, das novas morfologias do trabalho a que são submetidas as assistentes sociais, como confirmado pelos dados empíricos. Nesse sentido, o projeto de Reforma Sanitária e o projeto ético-político do assistente social perdem potencialidade, uma vez que as condições adversas a que estão submetidos os trabalhadores da saúde e o assistente social comprometem sua materialização.

Os dados apontam para a necessidade de se ampliarem espaços de discussão e reflexão que contemplem o conhecimento da realidade social em que vivem os usuários da política de saúde, para impulsionar o atendimento das demandas que venham ao encontro dos interesses e necessidades dos usuários. Para isso, é necessário também uma equipe que agregue outros profissionais na equipe básica do PSF, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, dentre outros, ou seja, uma equipe que possa trabalhar na perspectiva do conceito ampliado de saúde, entendendo a totalidade social. E o assistente social pode, e

muito, contribuir no PSF, considerando seu projeto profissional comprometido com a classe-que-vive-do-trabalho, seu posicionamento ético-político com valores progressistas da sociedade, que reconhece a necessária emancipação dos sujeitos sociais e trabalha na perspectiva na garantia de direitos sociais e de cidadania em favor da equidade e da justiça social.

Também pela sua visão de homem e de mundo, pela sua formação interdisciplinar, mas também para dar visibilidade ao seu projeto ético-político, o assistente social necessita ter clareza de seu objeto de trabalho, com vistas a superar as práticas imediatistas, focalizadas das políticas sociais visando à integralidade do Sistema Único de Saúde, as quais muitas vezes reproduzem os interesses do “capital”. Uma importante ferramenta é o projeto de trabalho profissional, com seus valores fundantes, sua forma de construir teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política a intervenção no social.

As assistentes sociais participantes da pesquisa apresentaram uma riqueza de dados para que pudessem ser desveladas hoje as condições de trabalhos a elas impostas nos municípios da região Norte do estado do Rio Grande do Sul vinculados à 6ª Coordenadoria de Saúde do estado. As condições oferecidas pela realidade de prefeituras, que contratam profissionais em número insuficiente e colocam a responder pelo campo das políticas sociais de maneira simultânea, não lhes dão espaço para se dedicar com qualidade ao trabalho. As realidades retratadas mostram que os profissionais assistentes sociais estão atravessados por todas as inflexões que a classe-que-vive-do-trabalho enfrenta hoje, as quais vêm refletindo no seu cotidiano profissional as demandas intensas e diversificadas, a falta de tempo para conhecer a realidade e os usuários, o pouco tempo para planejar suas ações e uma infinidade de tarefas burocráticas, que acabam condicionando a capacidade crítica dos trabalhadores.

Apesar disso, as profissionais reiteram nas suas falas o compromisso com o projeto ético-político, reconhecem a importância de enfrentar os elementos que levam à alienação e assumem o campo de trabalho como um campo de disputa por projetos. Merece destaque nesta pesquisa a necessidade de cada vez mais as pesquisas e estudos realizados serem instrumentos de trabalho desses profissionais no sentido de poderem contribuir com o norte de suas ações.

Pelas demandas que são apresentadas, as assistentes sociais estão sendo chamadas a atuar na seguridade social, mas ainda o fazem de forma fragmentada, não reconhecendo, como demonstra o estudo realizado, o sistema de proteção integrado. Os avanços demonstram os dados já reconhecidos mais no campo da assistência social do que da saúde, o que mereceria um maior desdobramento em estudos futuros.

Ao término desta dissertação, apontam-se alguns velhos e novos desafios postos ao assistente social na política de saúde e PSF:

- assumir a defesa da política de saúde, integrante da seguridade social, como direito do cidadão e dever do Estado, ou seja, fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS;
- refletir de forma crítica sobre a atenção integral à saúde, considerando a precariedade e inoperância do setor diante de uma política econômica que reproduz desigualdades e exclusão social;
- ter uma postura interdisciplinar buscando problematizar as questões levantadas nas equipes no sentido de contribuir com a troca de saberes e experiências, explorando os espaços que contemplem a saúde e a qualidade de vida dos usuários;
- articular meios de viabilização dos direitos sociais contemplando o espaço de mobilização comunitária, fortalecendo a luta coletiva;
- fazer parte dos Conselhos de Saúde de forma crítica e participativa para a garantia de direitos;
- estimular uma política de recursos humanos e capacitação de profissionais da área e de conselheiros;
- discutir e propor a ampliação das equipes de PSF;
- empenhar-se por um orçamento mais condizente com a realidade social na qual está inserido através da mobilização da comunidade;
- estar comprometido com a qualificação permanentemente;
- e mais, ter claro que o seu trabalho incide no campo dos valores e comportamentos e reflete diretamente na vida cotidiana dos usuários, de modo a fortalecer mecanismos de resistências às desigualdades sociais.

3. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 52, ano XVIII, dez 96.

ALVES, Gehysa Guimarães. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. **Boletim da Saúde**: Porto Alegre: SES/ESP, 1969. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v.18, n 1, 2004..

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, Ricardo (Org). **A dialética do trabalho**. Escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha**. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL- Abepss. **Diretrizes curriculares para o curso de serviço social** (Com base no Currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 08 de novembro de 1996.). Rio de Janeiro, nov.1996.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e sociedade. **Cadernos ética e Movimento**. Brasília: CFESS, v.1, 2000.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. **Ética e serviço social**. Fundamentos ontológicos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

BECH, Jaime. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci A; BECH, Jaime (Orgs): **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e projeto ético-político do serviço social: direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.79, ano XXV, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Fisco e Contribuinte, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. NOB- SUS- 96. Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br. Acesso em mar.2005.

_____, Ministério da Saúde, Brasília. **Programa Saúde da Família**. Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br

_____, Ministério da saúde, Brasília. Portaria GM/MS 399/2006. Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br Acesso em 12 dez. 2006.

_____, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 648/2006. Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br Acesso em 12 dez. 2006.

_____, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 698/2006. Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br Acesso em 12 dez. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara A. P (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. Reforma Sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza... (et al),(Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a Cidadania**. A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed.34; Brasília: ENAP, 1998.

BROMBERGER, Suzi Mara Teixeira. A estratégia saúde da família numa perspectiva ambiental para a promoção da saúde. **Boletim da Saúde**: Porto Alegre: SES/ESP, 1969. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; escola de Saúde Pública, v.17, n 2, 2003.

CARDOSO, Isabel Cristina da Costa et al (orgs). Proposta básica para o projeto de formação profissional-novos subsídios para o debate. **Cadernos Abess**. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. São Paulo: Cortez, n.7, 1996.

CARDOSO, Franci Gomes. As Novas Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional do Assistente Social: Principais Polêmicas e Desafios. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: Abepss, v.1, n.2, jul/dez, 2000.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL — CFESS. Resolução CFESS nº. 273/93 de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. **Coletânea de leis revista e ampliada**. Porto Alegre: Conselho Regional de Serviço Social, 10º região, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS. **Em questão**. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL-CFESS (Org.). Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. CFESS: Brasília, 2006. Disponível na internet: www.cfess.org.br. Edição virtual. Acesso em 14 jan, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE- CONASS, Progestores. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Nota Técnica 06/2006.** Vol. 1. Portaria GM/MS 399/2006, Portaria GM/MS 699/2006. Disponível na internet: www.conass.com.br/admin/arquivos NT%2006.06. Acesso em 05 nov.2006.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 1991. 163 p.

COHN, A. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In COHN, A. e ELIAS, P. **Saúde no Brasil-** Políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez: Cedec, 1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete...(et al), (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 62, p35-72, 2000.

COSTA, Sueli T et. al. Compassos e descompassos na trajetória do Programa Saúde da Família em município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde:** Porto Alegre: SES/ESP, 1969. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; escola de Saúde Pública. v.17, n 2, 2003.

COUTO, Rojas Berenice. **O Direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, Berenice Rojas; PERUZZO, Juliane Feix. Questão social e processo de trabalho em Serviço Social. In: ROCHA, Maria Aparecida Marques da et al. CRESS, **Capacitação profissional em Serviço Social.** Porto Alegre, mai. 1999.

CURY, Carlos R. Jamil. **Educação e contradição.** São Paulo: Cortez, 1986.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na era da globalização. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 61, p152-186, 1999.

GANDIN, Danilo. **Planejamento como prática educativa**. SP: Loyola, 2005.

GUERRA, Iolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 62, p 05- 34, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**: Ensaio críticos. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade. In: **CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS**. Em questão. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete...(et al), (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de . **Relações sociais e serviço social no Brasil**: um esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 9ª. Ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1993.

JOFFILY, Bernardo. O proletariado do século XXI. **Princípios**. São Paulo, n. 64, 2002. Disponível em: www.vermelho.org.br/principios acesso em 23 ago,2005.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal lógica dialética**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MANTEGA Guido A **economia política brasileira**. São Paulo: Vozes, 1984.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). **Pesquisa qualitativa :um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, J.S. **Exclusão social e a nova desigualdade** .São Paulo: Paulus, 2 ed., 2003.

MARX, Karl. **O Capital.** Crítica da economia política. Livro 1, Vol. 1. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos.** São Paulo: Martin Claret, 2004.

MARX & ENGELS. **A Ideologia alemã. Feuerbach-** A contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, nº. 74, p 85-117, 2003.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho.** São Paulo: Scritta, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; Rio de Janeiro, 1998.

MORAES, Roque. **Uma experiência de pesquisa coletiva:** introdução a análise de Conteúdo. In: GRILLO, Marlene Correro; MEDEIROS, Marilu Fontoura (Org.) **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

MOTA, Ana Elizabete da. **Cultura da crise e seguridade social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, Ana Elizabete da. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: **Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais: Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 1: Impactos da crise no Serviço Social brasileiro: demandas e respostas. Brasília: CFESS, Abeps, CEAD, UnB, 1999. p. 92-110.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Ajustes estruturais e a transição de paradigmas no setor saúde. In: SIMIONATTO, Ivete, NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro (Org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004.

OLIVEIRA, Carlos Roberto de . **História do trabalho**. São Paulo: Ática, 2003. (Série Princípios).

PASSO FUNDO. Fórum Sul da Saúde. Fórum Regional da Saúde e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo. **Direito à Saúde com Controle Social**, 2003.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, Potyara A. P. Neoliberalismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília: UNB, Departamento de Serviço Social, 2004.

PRATES, Jane Cruz. **Polígrafo didático sobre teoria de pesquisa: coletânea de textos mimeo**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **Histórico de Cobertura do PSF/RS**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2006. Disponível na internet: www.saudedafamilia.rs.gov.br.

SALAMA, Pierre e VALIER, Jacques **Uma introdução à economia política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. 203 p.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de economia**. 12 ed. São Paulo: Nova Cultural, 2003.

SETUBAL, Aglair Alencar. Análise de conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

SILVA, Ademir Alves da . **A gestão da seguridade social: entre a política pública e o mercado**. São Paulo Cortez, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. **Serviço Social e processo de trabalho**. Curso Formação profissional: um projeto de atualização. Módulo I. CRESS 12ª Região/SC. Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina. Florianópolis, 1998. (Mimeo).

SINGER, Paul. **Globalização e desemprego: diagnóstico e alternativas**. 4. ed. São Paulo : Contexto, 2003..

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000.(Coleção Questões da nossa época. V.78).

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. São Paulo: Cortez, 1991.

SOUZA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle Social em Saúde e Cidadania. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 74, p.68-84, 2003.

SUS-RS. **Descentralizando e democratizando o conhecimento**. Coletânea de legislação do Sistema Único de Saúde/ SUS. Rio Grande do Sul: Nova Prova.

TEIXEIRA, Mary Jane O; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

TEIXEIRA, Mary Jane O; O Programa Saúde da Família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P (Org.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TERRA, Osmar Gasparini et al. O incentivo financeiro estadual para a estratégia da saúde da família no Rio Grande do Sul, 2003. Boletim da Saúde: Porto Alegre: SES/ESP, 1969. Secretaria do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública, v. 18, n.1, jan/jun 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 b.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P (orgs) **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política Social.** São Paulo: Cortez, 2004

APÊNDICES

Apêndice A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG n.º _____, abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa, realizada por Edla Hoffmann, assistente social (CRESS 4281), orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Berenice Rojas Couto, autorizo o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, bem como das fotografias tiradas, filmagem e gravação da entrevista, que têm como objetivo a documentação, análise e avaliação da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa que consiste em desvendar o processo de trabalho do assistente social no Programa Saúde da Família, na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, no intuito de contribuir com subsídios para qualificação desse trabalho, tendo como benefícios, o aprimoramento da formação profissional, formulação de novas metodologias e técnicas que fortaleçam o projeto ético-político do Serviço Social dentre outros, a reflexão sobre os avanços e obstáculos da profissão. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo pesquisador retirando quaisquer informações identificatórias. As entrevistas terão a duração aproximada de 1 hora e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo. Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, podem ser esclarecidas pelas pesquisadoras pelo fone 54.3045.2656 ou 51 33203939 / 51 33203546 ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo fone 51. 33.20.33.45.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2006.

Entrevistado (a) _____

Pesquisador (a) mestranda Edla Hoffmann Tel.54.3045.62656

Pesquisadora responsável Prof^ª Dr^ª Berenice Rojas Couto orientadora-CRESS
812. Tel.51. 3320.3939 ou 51.3320.3546

Apêndice B — Roteiro de Entrevista

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DE SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO

Roteiro 001 para Entrevista

Projeto de Pesquisa: *O Processo de Trabalho do Assistente Social no Programa Saúde da Família da Região Norte do Estado do RS.*

Roteiro norteador elaborado a partir das discussões realizadas nas orientações e aporte a teses e dissertações realizadas no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

As entrevistas terão como objetivo investigar de que modo o assistente social realiza seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família, na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, no intuito de contribuir com subsídios para qualificação desse trabalho, desvendando as contradições desse espaço sócio-ocupacional.

Será aplicado com os profissionais assistentes sociais que desenvolvem seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família na região Norte do RS, implantado há mais de 02 anos.

Questões norteadoras:

1. Como você fundamenta o seu processo de trabalho no programa saúde da família?
2. De que forma as condições de trabalho oferecidas pelo Programa Saúde da Família intervém no processo de trabalho?
3. Quais os limites e possibilidades que os assistentes sociais vivenciam no exercício de sua práxis profissional no Programa Saúde da Família?
4. Quais os elementos que devem compor o processo de trabalho do assistente social para que ele se efetive na garantia de direitos?

Entrevista nº. _____
Entrevistadora: Edla Hoffmann
Data: ____/____/____
Município: _____

Formação profissional ano: _____
Instituição: _____
Cursos : () Especialização () Aperfeiçoamento () Pós-graduação
Qual? _____
Instituição: _____
Endereço eletrônico: _____

1) Tempo de trabalho no município:
() Menos de 01 ano () De 01 a 02 anos () De 03 a 04 anos () De 05 a 06 anos
() Outra. Qual? _____

2) Tempo de trabalho no PSF:
() Menos de 01 ano () De 01 a 02 anos () De 03 a 04 anos () De 05 a 06 anos
3) () Outra. Qual? _____

4) Vínculo empregatício:
() CLT () Concursado () Terceirizado () Outra. Qual? _____

5) Carga horária no município:
() 40 horas semanais () 20 horas semanais () Outra. Qual? _____

6) Carga horária no PSF:
() 40 horas semanais () 20 horas semanais () Outra. Qual? _____

7) Trabalha quantos dias por semana no PSF?
() cinco dias () quatro dias () três dias () dois dias () um dia

8) Você participa de órgãos da categoria?
() Sim () Não

9) Quais e como? _____

10) Você participa em outro organismo de participação coletiva?
() Sim () Não

11) Quais e como? _____

12) Quantos PSF existem no município? O atendimento deles é todo o município? _____

13) Qual o papel do PSF na política de saúde? _____

14) O PSF está inserido na unidade de saúde? Como? _____

15) Quais as características da demanda do PSF? (quem frequenta a unidade: idosos, crianças, adolescentes, homens, mulheres, em que proporção? De onde vêm? O que buscam ?) _____

16) Quais e quantos são profissionais compõem a equipe básica do PSF? _____

17) Desde quando o assistente social trabalha no PSF? _____

18) Como você conceitua a saúde? _____

19) Você conhece o Movimento da Reforma Sanitária? Quais as principais contribuições desse movimento para a “saúde no Brasil”?

20) A Constituição Federal de 1988 alterou seu trabalho ? Como? _____

21) Que método fundamenta seu trabalho? _____

22) Você utiliza no seu dia a dia de trabalho alguma legislação social específica? Quais? _____

23) Como você planeja suas ações? _____

24) As ações são voltadas mais para prevenção, educação em saúde, cura? _____

25) Existe projeto escrito do trabalho do Assistente Social no PSF ?

Sim () Não ()

26) Quais os objetivos? _____

27) Qual a rotina do atendimento? _____

28) Existe estudo de demanda para definição das ações e rotina? _____

29) A seu ver, a rotina do trabalho responde aos interesses e necessidades dos usuários? Como? _____

30) O Serviço Social faz parte dos serviços oferecidos no PSF ou é um serviço paralelo? _____

31) Como é a organização do trabalho? _____

32) Os usuários participam? Como? _____

33) Quais os autores são referência para seu trabalho? _____

34) Quais as características do espaço físico que usam os assistentes sociais? (tamanho, privacidade, condições para atendimento).

35) Se não existe esse espaço como é realizado o trabalho? _____

36) Existe algum movimento reivindicatório para esse espaço? _____

37) Como é a divisão do trabalho no PSF? _____

38) Como o Serviço Social entra nesta divisão? _____

39) Quais os recursos financeiros e materiais com que conta para realizar o seu trabalho?

40) Como você caracteriza os serviços prestados por você no PSF? _____

41) Quais as dificuldades que vivencia no trabalho no PSF? _____

42) O Serviço Social atende à demanda dirigida a ele?

() S () N

43) De que forma? _____

44) Quais as estratégias, instrumentos e técnicas que utiliza no trabalho? (planos, projetos, pesquisas, serviços, reuniões, entrevistas, equipe, conselhos, conferências, usuários) _____

45) Qual a importância que você dá para os conselhos municipais? _____

46) Qual tem sido o resultado do trabalho do assistente social? _____

47) Como se dá ou não participação dos usuários no PSF? _____

48) Existem propostas de mudanças do assistente social ao PSF? Quais? _____

49) Quais as contribuições do assistente social no PSF? _____

Edla Hoffmann
Pesquisadora

ANEXOS

Anexo A — Carta de Aprovação do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 890/06-CEP

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03285, intitulado: **“O processo de trabalho do Assistente Social no Programa Saúde da família da Região Norte do Estado do RS”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dra Berenice Rojas Couto
N/Universidade