



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

JAIANE OSÓRIO PORCINO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RECORTE DO PROCESSO DE TRABALHO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA EM
CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE
2011**

JAIANE OSÓRIO PORCINO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RECORTE DO PROCESSO DE TRABALHO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA EM
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento aos requisitos
necessários para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Ms. CIBELLY MICHALANE OLIVEIRA DOS SANTOS COSTA
Orientadora

**CAMPINA GRANDE
2011**

P834s

Porcino, Jaiane Osorio.

Serviço social e saúde [manuscrito]: um recorte do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no serviço municipal de fisioterapia em Campina Grande - PB / Jaiane Osorio Porcino. – 2011.

66 f.

Digitado

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profª. Ma. Cibelly Michalane Oliveira dos Santos Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Serviço Social. 2. Processo de Trabalho. 3. Saúde. 4. Prática Profissional. 5. Assistentes Sociais. I. Título.

21. ed. CDD 361.6

JAIANE OSÓRIO PORCINO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: UM RECORTE DO PROCESSO DE TRABALHO
DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA EM
CAMPINA GRANDE - PB**

Aprovado em: 29/11/2011
Nota: 100.0

BANCA EXAMINADORA:

Cibelly Michalame Oliveira dos Santos Costa

Profª.Ms. Cibelly Michalame Oliveira dos Santos Costa
UEPB / CCSA / Departamento de Serviço Social
Orientadora

Renata Lígia Rufino Neves de Sousa

Profª.Ms. Renata Lígia Rufino Neves de Sousa
UEPB / CCSA / Departamento de Serviço Social
Examinadora

Alecsonia Pereira Araújo

Profª. Ms. Alecsonia Pereira Araújo
UEPB / CCSA / Departamento de Serviço Social
Examinadora

Dedico este trabalho ao Deus da minha Salvação, a minha mãe Rita Osório e a minha orientadora Cibelly Michalane que foram os principais responsáveis pela conclusão de mais uma etapa da minha vida, por me proporcionarem as condições necessárias para tal, contribuindo com o meu crescimento pessoal e acadêmico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, razão da minha existência, meu Salvador e minha Força, por estar ao meu lado sempre e pelo dom da vida, pela sua presença todos os dias, em especial nos últimos quatro anos em que pude aprimorar meus conhecimentos no curso de Serviço Social.

E a minha família por me proporcionar sonhar com um futuro diferente, ainda mais aos meus pais Rita Osório Faustino e Givanildo Ribeiro Porcino pelo amor oferecido e pelo esforço e dedicação em fazer o possível para me manter material e emocionalmente pronta para enfrentar todas as situações que me apareceram, obrigada mãe pelas noites sem dormir e dias ao telefone com seus conselhos sempre sábios nas horas em que necessitei.

Aos meus irmãos, Gislane, Gisliane e Gilson a minha gratidão pelo carinho e amor nas horas de estresses e pelas longas conversas que me faziam sentir melhor e mais forte para continuar, sem fraquejar nem desistir.

As minhas tias o meu carinho e gratidão, pelo apoio e ajuda sempre no que precisei enquanto estive na graduação.

Agradeço a todas as meninas que dividiram apartamento comigo, em especial Sibebe Nara, e as últimas que chegaram, Ana Amélia e Daniela Batista que são hoje minhas amigas, obrigada pelos momentos de alegria, e de tristeza, pelos sonhos divididos, e pelas confidências.

Agradeço a todos os meus amigos, a compreensão, a força, o apoio, os conselhos e as risadas nos momentos difíceis, em especial os que fazem parte do meu círculo de oração, Adriano Magno, Ana Patrícia, Fabíola Terto, Jéssika Sonaly e Samuel Wesley Júnior e Ryvando Barbosa (Beto), a vocês a minha conquista. E ao pastor Sebastião Tavares, todo o apoio espiritual.

A minha gratidão a minha orientadora Cibelly Michalane por aceitar estar ao meu lado nesse trabalho, pelas orientações, e por sua compreensão nos momentos difíceis, pela amizade e dedicação, pelo conhecimento adquirido ao longo deste ano, bem como a maturidade pessoal e acadêmica.

As professoras Renata Lígia e Alecsônia por aceitarem o convite de compor a banca examinadora deste estudo, julgando o que melhor venha a contribuir para o aprimoramento e êxito deste trabalho.

Agradeço as assistentes sociais do Serviço Municipal de Fisioterapia, a supervisão do estágio e a colaboração na pesquisa, sempre atenciosas e dispostas a cooperar no que fosse preciso, sempre com muito carinho.

E a todos que fazem parte do Serviço Municipal de Fisioterapia, com quem pude amadurecer profissionalmente, e por me receberem e tratarem com respeito.

"Os velozes nem sempre vencem a corrida; os fortes nem sempre triunfam na guerra; os sábios nem sempre têm comida; os prudentes nem sempre são ricos; os instruídos nem sempre têm prestígio; pois o tempo e o acaso afetam a todos" Eclesiastes 9:11

RESUMO

O trabalho em foco trata-se de uma pesquisa de campo a qual teve como escopo a análise do Serviço Social e da Saúde: um recorte do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Serviço Municipal de Fisioterapia em Campina Grande - PB. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva e de campo, de cunho quanti-qualitativo, no qual adotou-se o método crítico-dialético de leitura da realidade. O período em que a mesma foi realizada foi de agosto a setembro do corrente ano. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, além da pesquisa documental e bibliográfica. Os sujeitos da pesquisa corresponderam a duas profissionais de Serviço Social que exercem as suas atribuições no Serviço Municipal de Fisioterapia, representando, portanto, a totalidade de assistentes sociais existentes naquele setor. Portanto, a escolha dos sujeitos da pesquisa ocorreu de forma intencional. A sistematização dos dados se processou à luz da técnica da análise de conteúdo das falas. A partir dos resultados evidenciados, foi possível depreender que o processo de trabalho das profissionais de Serviço Social da instituição aqui enfatizada, é permeado por uma série de contradições, dificuldades objetivas, mas também subjetivas, sendo as primeiras intensificadas pela política neoliberal que com seus efeitos deletérios trazem impactos diretos ao trabalho desenvolvido por todas as profissões, e em especial ao Serviço Social que trabalha diretamente nas diversas expressões da questão social.

Palavras-chaves: Serviço Social. Processo de trabalho. Saúde. Neoliberalismo.

ABSTRACT

Work in focus it is a scientific research which has as scope to analyze Social Work and Health: a clipping about the process' working / social workers in the Service Hall of Physiotherapy in Campina Grande - PB. In this sense, we performed an exploratory, descriptive and field, and on a quantitative and qualitative, which adopted the dialectical-critical method of reading reality. The period in which it was carried out from August to September of this years. Data collection occurred through semi-structured interview, in addition to desk research and literature. The subjects corresponded to two Social Service professionals who perform their duties in the Service Hall of Physiotherapy, thus representing the totality of existing social workers in that sector. Therefore, the choice of research subjects was intentional. The systematization of the data is processed in the light of the technique of content analysis of speech. From the results shown, it was possible to conclude that the process of work of professional social work of the institution emphasized here, is permeated by a series of contradictions, difficulties objective, but subjective, the first being intensified by neoliberal policies that its effects deleterious bring direct impacts to the work of all professions, and especially to the social service that works directly in the different expressions of the social question.

Keywords: Social Service. Work process. Health Neoliberalism.

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CFAS - Conselho Federal de Assistência Social

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRANESP– Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais

DC - Desenvolvimento de Comunidade

DRU - Desvinculação de Receitas da União

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAPs – Instituto de Aposentarias e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS– Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

NASF – Núcleo de Apoio a saúde da família

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PEPSS - Projeto Ético-político do Serviço Social

PSF – Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de atendimento móvel de urgência

SESP– Serviço Especial de Saúde Pública

SF – Saúde da Família

SINPAS– Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UMF - Unidade Municipal de Fisioterapia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	15
1.1 Retrospectiva Histórica sobre a Política de Saúde no Brasil.....	15
1.2 O Sistema Único de Saúde no contexto Neoliberal.....	28
2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	33
2.1 A inserção dos/as Assistentes Sociais na área da Saúde.....	33
2.2 As atribuições do Serviço Social	39
2.3 A política Neoliberal e os seus rebatimentos no processo de trabalho dos/as Assistentes sociais no âmbito da Política de Saúde.....	43
3 O SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA.....	47
3.1 O Serviço Social no Serviço Municipal de Fisioterapia.....	48
4 O PROCESSO DE TRABALHO DO/DA ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES.....	66

INTRODUÇÃO

Este TCC tem o objetivo de analisar o Serviço Social e Saúde: um recorte do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Serviço Municipal de Fisioterapia em Campina Grande - PB. A escolha da temática ora enfatizada a qual se deu a partir da nossa experiência na condição de estagiárias curriculares do curso de Serviço Social na instituição enfatizada.

A decisão pela escolha da temática ora referendada se deu a partir do momento em que nos aproximamos com maior ênfase da prática cotidiana. Destarte, na medida em que o estágio avançava o desejo de descobrir mais sobre como se processa o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde aumentava, na mesma proporção em que as práticas desse profissional iam sendo desveladas.

O estudo proposto neste documento corresponde a uma pesquisa quanti-qualitativa, exploratória, haja vista ter o intuito de obter maior familiaridade com o tema, descritiva e de campo, no qual foi utilizada uma abordagem qualitativa e quantitativa.

É descritiva, porque segundo Gil (2008, p.42), este tipo de pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relação entre as variáveis.

A escolha por uma abordagem quantitativa e qualitativa se deu por esta trazer os dados não como opostos, mas complementares, já que a realidade envolvida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 1995).

Os sujeitos da pesquisa corresponderam a duas assistentes sociais, cujas quais representam a totalidade de profissionais desta categoria que trabalha no Setor de Fisioterapia da instituição.

A coleta de dados se processou através de entrevista semi-estruturada, na qual foram utilizadas questões que expusessem e esclarecessem a compreensão das profissionais acerca do seu processo de trabalho.

De acordo com Minayo (2000) - a entrevista semi-estruturada se configura como um instrumento de coleta de grande relevância na pesquisa qualitativa, pois permite ao entrevistador reformular as perguntas no ato da própria entrevista, caso necessário, de modo a torná-las mais claras para os/as entrevistados/as.

A análise e sistematização dos dados se deu através da técnica da análise de conteúdo, articulada ao método crítico-dialético (totalidade, historicidade,

contradição e mediação) tendo em vista que para se ter uma compreensão mais ampla acerca dos fenômenos sociais não devemos analisá-los isoladamente.

Como forma de apresentar os dados coletados, bem como a trajetória teórica da temática estudada, o nosso trabalho está estruturado em três capítulos, vejamos:

O primeiro capítulo aborda a Política de Saúde, através de um breve resgate histórico da gênese à contemporaneidade, enfatizando as conquistas, os dilemas e desafios.

O segundo capítulo ressalta a discussão acerca do processo de trabalho do Serviço Social no âmbito da área de saúde, estando subdividido em três momentos distintos e complementares, enfatizando a inserção dos/as assistentes sociais na saúde, bem como suas atribuições na área, e os rebatimentos que a política neoliberal traz para essa profissão. O terceiro capítulo retrata o Serviço Municipal de Fisioterapia respectivo campo de estágio e local da pesquisa e o Serviço Social no Serviço Municipal de Fisioterapia.

O quarto capítulo trata dos resultados da pesquisa, através da análise dos dados.

Por fim tecemos as considerações finais, as referências e os apêndices.

A partir do conteúdo exposto no decorrer deste trabalho, torna-se evidente a relevância tanto para a utilização teórica na academia, quanto para os/as profissionais que estão inseridos/as nos espaços institucionais da área de saúde.

Todavia, compreendemos que todo o constructo aqui traçado não esgota a temática abordada, tendo em vista a sua amplitude e complexidade, mas contribui como subsídios para futuros estudos acerca do assunto.

1 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

1.1 Retrospectiva Histórica sobre a Política de Saúde no Brasil

A política de saúde pública brasileira passou por uma série de modificações, até chegar a se tornar na realidade o que se entende atualmente como modelo “democrático universal de atendimento a saúde”, anteriormente baseado em métodos curandeiros e de medicina caseira, feitos com base no conhecimento indígena ou negro.

No período colonial inicialmente tinha-se a idéia de que o Brasil seria “um paraíso na terra”, mas tal conceito acabou desfeito pouco tempo depois, visto que, o que se tinha era uma medicina rara, com poucos médicos formados e cirurgiões, bem como a propagação de doenças até então desconhecidas da população indígena, que costumava tratar as patologias através de métodos caseiros, com a ingestão de ervas. Diante disso, tivemos no século XVI a criação dos cargos de físico-mor e cirurgião-mor, com o objetivo de cuidar da saúde da população acometida pelos surtos de varíola, cólera, febre tifóide, febre amarela, entre outras.

Ainda nesse período, o que se via era a ausência de serviços de saúde, os poucos médicos europeus que se tinham, enfrentavam muitas dificuldades para o exercício profissional, além do imenso território e da extrema situação de pobreza em que vivia a população, esta se recusava a ser atendida pelos médicos, porque tinha medo dos tratamentos, e por isso, preferia voltar-se para métodos domésticos, com a utilização de medicamentos naturais. Dessa forma, a atuação dos médicos e cirurgiões ficava restrita a épocas de epidemias, com ações desenvolvidas sem significativa organização institucional. O preconceito com os enfermos era muito grave, a ponto destes serem retirados do convívio com as pessoas saudáveis, levando os doentes a morrerem excluídos e sós (FILHO, 2008).

Em 1808 ocorrem novas mudanças com a vinda da família real para o Brasil, principalmente na área da saúde. O Rio de Janeiro torna-se o núcleo das ações sanitárias, com a criação das primeiras escolas de medicina, que tinha por principal finalidade um atendimento mais estável e organizado. Mesmo com estas ações na área da saúde, a maior parte da população pobre ainda voltava-se para os curandeiros negros, uma vez que estes eram os principais responsáveis por cuidar

das pessoas com pouco dinheiro.

Pouco tempo depois, foi a vez da Bahia entrar em cena, com a criação da Academia de Medicina e da junta de Higiene Pública, que tinha como objetivo cuidar da saúde da população, todavia, a saúde ainda encontrava-se fragilizada e diante disso aqueles que detinham maiores condições financeiras acabavam por procurar a assistência dos médicos europeus, ou mesmo de clínicas particulares.

Com a Proclamação da República ainda não foi possível ver mudanças significativas, já que nesse período os serviços de saúde eram desorganizados e sua atuação se desenvolvia com base em campanhas sanitaristas mínimas, que pouco modificou a saúde popular, o que podia ser visto nas principais cidades brasileiras que continuavam a serem atingidas por surtos de febre amarela, varíola, cólera e os demais tipos de pestes.

Nesse momento, as políticas sociais foram os setores menos privilegiados das autoridades republicanas, já que investiam mais na produção o que acabava por privilegiar a elite brasileira, que era composta pelos cafeicultores. A economia retirava seus lucros da produção e investia nas cidades, o que acabou por favorecer a expansão das atividades comerciais e a industrialização, com o aumento desenfreado dos contingentes urbanos, proveniente das imigrações.

Com isso, na República Velha passou-se a investir mais em estratégias para melhorar as condições de saúde, ao menos nas áreas vitais para a economia, ou seja, nas cidades e nos portos.

Nesse contexto, ocorreu o surgimento do Serviço Sanitário Paulista, com a organização de ações voltadas para a prevenção e combate das doenças, bem como a criação de laboratórios e expansão de pesquisas. Mas fora dessas pesquisas, pouco se fez em favor da saúde coletiva. Na verdade se evidenciava que a saúde se dava no sentido de proteger o bem-estar dos ricos, o que acaba por deixar o restante da população à margem da própria sorte.

Só a partir das transformações sociais, no âmbito econômico e político, que a saúde ganha suas primeiras iniciativas no tocante a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas, sendo estas limitadas. Dessa forma, para Bravo (1985) a saúde emerge como “questão social” ligada às questões de poder decorrentes das mudanças no bojo da economia capitalista cafeeira.

Nos anos de 1920 a população estava submetida a péssimas condições de vida, por isso buscou-se ampliar o atendimento a saúde por parte do Estado (que

buscava alargar o seu poder), bem como trabalhar as questões de higiene e saúde dos trabalhadores, que viviam aglomerados em bairros sem nenhuma qualidade de vida e higiene, onde tinham que conviver com a falta de esgoto, de água e de luz, além de ratos e baratas, em condições subumanas.

A assistência médica brasileira estava baseada na filantropia e nas práticas liberais. Por isso, na década de 1920 a política de saúde adquire relevância, em termos de Estado, que busca ampliar tais serviços, colocando em debate as condições de higiene e saúde do trabalhador, dando início ao que se conhece como sistema previdenciário brasileiro, através da criação das CAPS (Caixas de Aposentadorias e Pensões) no ano de 1923, que estava baseada no modelo de seguro-social e foi elaborada pela Lei Elói Chaves¹ as quais recebiam financiamento da União, empresas empregadoras e dos próprios empregados, sendo os benefícios proporcionais as contribuições, mas bastante limitados já que se estendiam apenas aos trabalhadores urbanos que estivessem ligados com as empresas (BRAVO, 2001).

As CAPS no primeiro momento garantiam assistência médica apenas aos ferroviários, se estendendo em 1926 aos estivadores e marítimos, possuía um serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos casos mais graves, seus benefícios eram pagos de acordo com as contribuições. Tais benefícios incluíam assistência de medicina curativa, fornecimento de remédios, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensões para dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 1996).

O restante da população que não se enquadrava nas prerrogativas das CAPS só passou a ser assistida pela previdência nos anos de 1930, a partir da conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora. Nesse contexto destaca-se alguns marcos no processo de transformações na sociedade brasileira, a exemplo do processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, e sua intervenção na questão social, bem como o surgimento das políticas sociais.

A questão da saúde precisava ser vista de forma mais organizada, e transformar-se em questão política para que o Estado interferisse de modo mais efetivo. Por isso, nos anos 30 no auge do sanitarismo campanhista, a saúde ganha

¹ O Decreto de lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, mais conhecido como a Lei Elói Chaves, veio regulamentar a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária, dando início a uma ação mais efetiva do Estado nessa área (SANTOS 2009).

destaque, passando a ser concebida como questão política e por isso, marcada pela interferência do Estado, que veio a considerar e buscar respostas para as condições de vida dos trabalhadores, em especial nos aspectos referentes à situação de higiene e doenças.

Nesse momento, a política de saúde era de caráter nacional, e estava organizada em dois subsetores, o de saúde pública e o de medicina previdenciária, estando o primeiro coordenado pelo Ministério da Saúde e desenvolvendo ações de caráter coletivo, com ênfase na prevenção e controle de endemias, este setor era responsável pelas condições sanitárias mínimas para a população urbana, estando a população do campo relegada ao segundo plano.

Já o setor de medicina previdenciária foi marcado pela parte de seguro, com um caráter mais empresarial, com destaque para a criação dos IAPs² (Institutos de Aposentadorias e Pensões), sendo estes criados na década de 1930, e tinham como principal foco estender para as demais categorias de assalariados urbanos os seus benefícios, como forma de antecipar algumas das reivindicações desta parcela da população, estando à saúde voltada apenas para este tipo de usuário, inserido no mercado de trabalho. Este modelo de orientação contencionista, se estende até 1966, momento em que é unificado, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Os recursos financeiros dos IAPs eram geridos com base na lógica de capitalização, que implicava a formação de reservas para o futuro. O valor das contribuições, aposentadorias, pensões e a própria dimensão das reservas financeiras eram feitos com base em cálculo atuarial (RODRIGUES, SANTOS, 2009, p.76)

Ainda nos anos 30, o setor Sanitário buscou reforçar as campanhas de educação popular, que passou a partilhar com o setor educacional, um ministério próprio, o chamado “Ministério da Educação e da Saúde Pública”, que visava uma organização maior, e de alcance popular.

Tal organização proposta pelo referido Ministério pode ser percebida nas

² Segundo RODRIGUES, SANTOS (2009), os IAPs eram organizados por categoria profissional, recebendo financiamento das contribuições das empresas e dos próprios trabalhadores. O valor do benefício variava já que havia diferenças entre os salários médios dos trabalhadores das diversas categorias.

ações de caráter coletivo, como a prevenção e o controle das epidemias e o desenvolvimento de ações programáticas direcionadas a grupos selecionados da população, que podiam incluir: materno-infantis, tuberculosos, entre outros, isso contribuiu para a criação de serviços especiais para a educação em saúde.

A Constituição de 1934 veio garantir ao operariado assistência médica, licença remunerada a gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Com a política de saúde adotada pelo governo Vargas é possível perceber uma leve expansão do atendimento aos operários enfermos, compelida pelo setor previdenciário que mais tarde se tornou o principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos (FILHO, 2008).

Em 1937 com a instalação do Estado Novo, a administração sanitária buscou reforçar as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde.

A situação da política de Saúde vivenciada desde os anos de 1930, só vai ser solidificada mais tarde entre os anos de 1945/50. Período em que foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que nasceu conveniado com órgãos do governo americano, durante a Segunda Guerra Mundial, com patrocínio da Fundação Rockefeller³, tendo por objetivo a expansão e ampliação da assistência em saúde no período de combate.

No Brasil o Sesp, inicialmente centrou-se na região da Amazônia, área de produção da borracha e no Vale do Rio Doce com a produção de manganês, como uma ação estratégica, já que os trabalhadores desses locais eram constantemente acometidos pela malária e febre amarela (RODRIGUES, SANTOS, 2009).

No final da década de 1940 com o Plano Salte, que foi um plano voltado para a economia, lançado pelo Governo de Eurico Gaspar Dutra (1948), teve por objetivo melhorias nos sistema de saúde, alimentação, transporte e energia, e visava elevar a atenção do nível sanitário da população, sobretudo da rural, à saúde. Portanto, a saúde pode ser percebida como principal finalidade deste plano.

O século XX é assim marcado por dois movimentos na área de saúde, o que corresponde à saúde pública, e o ligado a previdência social, que segundo Luz

³ É uma fundação norte-americana, e tem por objetivo promover, no exterior, o estímulo à saúde pública, o ensino, a pesquisa e a filantropia, em especial nos países subdesenvolvidos. É ainda uma associação beneficente e não-governamental.

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Fundação_Rockefeller

(1991), estão baseados no centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, na esfera da saúde pública, e no campo da previdência social, o clientelismo, populismo e paternalismo. Tais características demonstram fragilidade da atenção em saúde, e a ineficácia de tais programas e órgãos. Já que nesse período a saúde estava ligada ao setor da economia, de tal forma que atendia os interesses do capital.

O Ministério da Saúde criado em 1953 atuou de maneira ineficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças, que continuavam altos, deixando várias pessoas inúteis para o trabalho e para a vida. Seu objetivo de combater as doenças que atingiam principalmente a população do interior, como a doença de chagas, malária, esquistossomose, dentre outras, não foi concretizado, uma vez que não conseguiu organizar uma política que fosse de fato eficiente, que realizasse as ações objetivadas. Diante de todas as dificuldades em saúde pública, mais um dilema se coloca: a dicotomia da saúde pública versus a atenção médica individual.

Os demais anos que se seguiram até 1964 são marcados por novas mudanças na cena política brasileira, pois vivencia-se o momento de efervescência social, marcada pela instalação da ditadura militar, todavia, esse processo pouco mudou a situação da saúde da população que continuou a ser atingida pelas doenças infecciosas e parasitárias, apesar das melhorias nas condições sanitárias.

Ainda nos anos de 1950, tem-se um norte que indica a formação das primeiras instituições hospitalares de natureza privada, mas já sob a ideologia de fins lucrativos, e não mais de favor, como no início com as instituições previdenciárias, e ainda a formação das primeiras empresas médicas, sendo ainda muito insignificante a compra de tais serviços de prestação de assistência médica, que continuavam sendo aplicadas pelos institutos.

Ressalta-se que o regime de compra de serviços, só vai se dar de forma mais contundente a partir de 1964, com a instauração do golpe militar (BRAVO 2000).

Tem-se nos anos seguintes, após a instauração do golpe, significativas transformações no desenvolvimento econômico-social e político, traçando um caminho para a modelagem de um novo país. Todavia, os problemas já presentes não foram resolvidos, mas tornaram-se mais polêmicos e dramáticos. Pouco foi realizado no âmbito da saúde, deixando mais uma vez a população em precárias condições. Com isso, foi necessário unir-se em um grande movimento no início dos anos 1960, em que se reivindicava a reforma sanitária.

A Ditadura Militar (1964 -1974) trouxe sérias mudanças para o país, no tocante ao social vê-se a repressão policial, o exílio político, o estabelecimento de legislação autoritária, a supressão dos direitos civis, censura e torturas, assassinatos de líderes políticos que se opunham ao regime e ainda um endividamento externo do país, em virtude da construção de grandes obras com licitações forçadas para grupos de grandes empreiteiros que juntamente com grandes empresas financiaram o Golpe de Estado.

A saúde no regime militar deu saltos qualitativos em relação ao avanço da medicina, na qual foi realizado o primeiro transplante de coração da América Latina (1968). Mas por outro lado, vê-se a privatização deste setor, com o padrão de saúde médico – assistencial – privatista, que se materializa com o crescimento do setor privado de prestação dos serviços médicos; serviços estes financiados e comprados pelo próprio Estado.

Segundo Bravo (1991), houve a medicalização da vida social, tanto na saúde pública quanto na previdência social, estando esta relegada a assumir os preceitos do capitalismo, com o declínio da saúde pública e o crescimento acelerado da medicina previdenciária, principalmente após a reestruturação do setor.

As características assumidas pela saúde englobam: a cobertura previdenciária alcançando quase que a totalidade da população urbana, ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, a criação de um complexo médico industrial, ligado a área de produção de medicamentos e equipamentos médicos, o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços, no qual o Estado intervém na previdência.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), graças ao projeto de unificação dos órgãos previdenciários, que reunia as CAPs e os IAPs, dentre outras instituições de caráter previdenciário. Este instituto tinha como dever cuidar dos enfermos individuais, restando ao Ministério da saúde ao menos em tese, elaborar e executar programas sanitários para assistir o restante da população durante as epidemias, havendo a redução das verbas destinadas à saúde pública, e este último com função restrita a elaboração de programas e projetos, não veio a trazer nenhuma melhoria à saúde.

Mais tarde em 1977 o INPS, tornou-se INAMPS (Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social), e tinha por objetivo maior a unificação de toda a assistência médica prestada pelos diversos órgãos da Previdência Social, o que representou nesse sentido, a ampliação do acesso a atenção médica no Brasil, com destaque para o alcance de beneficiários das políticas da previdência e saúde, mas, entretanto não atingiu a universalização do acesso a elas, pois apenas os trabalhadores formais tinham acesso a tais serviços (RODRIGUES, SANTOS, 2009).

Em 1974 foi a vez de criar o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e em seguida já em 1975 nasce o Sistema Nacional de Saúde, um projeto que tinha como meta baratear os custos e tornar mais eficazes as ações de saúde.

Em 1967 e 1977, aconteceu a unificação dos INPS, do conjunto dos trabalhadores urbanos, rurais e dos setores públicos federal, o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) por meio da Lei nº 6.439, o qual surgiu com o intuito de garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa.

No que tange a Política Nacional de Saúde, nos anos de 1974 a 1979, o que se vivenciou foi à tensão entre a ampliação dos serviços e a emergência do movimento sanitário.

Em fins dos anos 70, com a crise do regime militar, o país começa a viver um período de abertura política em que os movimentos sociais organizados ganham força, com destaque para a Reforma Sanitária, que diante das péssimas condições de saúde da população da época, reuniu profissionais da área na defesa de uma saúde pública e de qualidade.

Na década de 1980, a saúde ganha nova ótica, e assume dimensão política, sendo marcada pela emergência de novos atores sociais na discussão das questões referentes às condições de vida da população.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos são: universalização do acesso, saúde como direito de todos e dever do Estado, e a proposta de um Sistema Unificado de Saúde, que viesse a descentralizar os serviços, bem como pensar o financiamento da saúde.

Nesse período, começam a surgir às primeiras lutas em torno das questões de saúde, envolvendo os grupos sociais, partidos políticos e entidades civis, essas iniciativas de reforma no setor de saúde se deram concomitantemente às lutas em torno da redemocratização do país, pelo acesso universal à saúde, entre outras, provenientes da mobilização crescente da Reforma Sanitária, que discutia a situação

e buscava encontrar respostas para os dilemas da saúde nacional.

Anos antes em 1978, ocorreu uma das maiores e mais importantes conferências internacionais promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre a Atenção Primária de Saúde, em Alma Ata⁴, marcando a saúde mundial, concebendo a saúde como direito de todos e dever do Estado.

O princípio de “saúde para todos” já discutido na Declaração de Alma Ata, veio a fazer parte também da luta desencadeada pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que defendia entre outras coisas, um Estado democrático de direito, o qual seria responsável pelas políticas sociais, que inclui a saúde. Tendo como foco principal, a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos, adotando um modelo assistencial que propunha integralidade e equidade de ações, democratização de informações, bem como transparência nas questões de repasse dos recursos e descentralização.

A proposta de Reforma Sanitária foi pensada na ditadura militar em meio à luta que se travou pela redemocratização da sociedade brasileira, colocando-se contrária ao modelo de saúde fragmentado e excludente que se tinha, baseado nas contribuições previdenciárias, e centralizado nos atendimentos em consultórios médicos e hospitais privados.

O esgotamento do “modelo médico-assistencial privatista”, deu subsídios para o surgimento do movimento sanitário, que veio a pensar a saúde através de dois pontos importantes: o de crítica ao modelo vigente, e o de construção de um novo sistema de saúde, pautado na conquista dos direitos de acesso universal e na organização do sistema.

A Reforma Sanitária ainda sugeriu três dimensões da saúde: a primeira é a saúde como saber especializado, a segunda enquanto setor produtivo, e por último enquanto estado vital das pessoas e da população, e ainda propõe uma ampla reforma social, no que trata a “totalidade das mudanças”. Com isso, esse movimento em torno das reformas do sistema de saúde, se deu em contraposição ao modelo vigente até então que se baseava no autoritarismo e na concentração de poderes.

⁴ A Declaração de Alma Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, capital da república do Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo, já que trouxe o conceito ampliado de saúde, fazendo uma crítica ao setor estruturado em torno das doenças e das ações de cura, o que traz uma visão limitada no processo saúde-doença, e uma prática voltada apenas para a medicina curativa, exercida em unidades hospitalares.

O movimento de Reforma Sanitária deu subsídios para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde - ocorrida em 1986 –, na cidade de Brasília. Tal Conferência foi promovida pelo Ministério de Saúde, contando com a participação de vários segmentos da sociedade, estudantes, profissionais de saúde, delegados, representantes da sociedade civil, dos serviços de saúde, bem como funcionários públicos, entre outros.

A referida Conferência representou um marco, nas discussões de saúde, uma vez que adotou o conceito ampliado de saúde, o qual passou a ser visto não apenas como ausência de doenças, mas como resultado de condicionantes sociais, como condição de trabalho, moradia, alimentação, ou seja, vida com qualidade.

Com todo esse cenário de luta posto na sociedade, configura-se no dia 20 de Julho de 1987 o SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), que se afirma como a expressão da proposta da Reforma Sanitária, na intenção de descentralizar as ações da saúde, que anteriormente eram de responsabilidade do Estado. Este sistema deveria constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, na qual a comunidade participasse da administração das unidades locais.

Contudo, o SUDS, é considerado o segundo momento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que teve seu primeiro momento entre 1983 e 1985, colocando-se como um programa de atenção médica que se justapunha aqueles tantos outros que as secretarias Estaduais e Municipais desenvolviam na área da saúde pública.

Com os obstáculos encontrados pelo SUDS e seu respectivo fracasso, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde Estaduais e municipais. Constituindo-se como o passo mais avançado na reformulação administrativa da política pública de saúde.

Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde configurou-se como um elemento essencial para a implementação de um sistema único de saúde e de várias conquistas alcançadas nessa área, as quais repercutiram na Constituição Federal de 1988, onde a Saúde, Assistência Social e Previdência Social começam a integrar um novo sistema de proteção social baseado na concepção de Seguridade Social, visando um sistema embasado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. E a partir daí, a saúde, passa a ser direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2001).

Esta Conferência discutiu os seguintes tópicos: saúde como direito inerente à

personalidade e a cidadania; reformulação do SUS; e financiamento setorial, trazendo uma série de avanços no setor das políticas públicas de saúde.

Então, acompanhando o processo de amadurecimento das discussões no âmbito das políticas públicas, a Constituição Federal brasileira de 1988, no seu artigo 196 garante que: “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 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Destarte, o contexto jurídico da Constituição Federal de 1988 veio marcar a afirmação e extensão dos direitos sociais, introduzindo avanços que buscava reparar as injustiças acumuladas historicamente, realizando medidas que viessem a reduzir o papel das instituições privadas na prestação de serviços, em especial na saúde.

É indiscutível a influência da Reforma Sanitária, nas mudanças que ocorreram na saúde, em especial as contidas na Constituição Federal de 1988, onde a saúde passou a ser definida como consequência de políticas sociais e econômicas, na qual o Estado tem o dever de garanti-la como direito de todo cidadão, integrando-se à Seguridade Social.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político a implementação de mudanças necessárias (BRAVO, 2001, p. 111).

As políticas sociais sofreram transformações significativas, mas a que mais se destacou foi à saúde. Essas mudanças significativas, em especial a que se refere ao princípio de universalidade, corresponde à ampliação dos direitos e ao acesso a essa política, na medida em que toda a população passa a ter direito aos serviços de saúde, que antes eram restritos aos contribuintes da Previdência Social.

O SUS é fruto de todo esse processo em torno das condições de saúde e atenção em saúde, e da construção política que gira em torno da Reforma Sanitária. Uma vez que o mesmo é uma política que busca a construção de uma democracia em que o Estado seja ampliado, haja inclusão social e menos desigualdades.

O art. 200 da CF/88 dispõe sobre as competências do SUS, quais sejam:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- Executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalho;
- Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
- Participar da política e execução das ações de saneamento básico;
- Incentivar a área científica e tecnológica;
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, verificando o teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;
- Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos.
- Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho.

Na conjuntura dos anos 1990 foi possível observar o redirecionamento do papel do Estado, com a expansão das idéias neoliberais, um modelo pautado na redefinição do papel do Estado, no sucateamento das políticas sociais, no exaurimento dos direitos sociais, e na adoção de um sistema voltado para o mercado, onde percebe-se uma mercantilização assídua dos serviços sociais, bem como saúde, educação, previdência, entre outros, que veio a dificultar a implantação do modelo de saúde que garante a promoção e universalização do acesso, proposto nos anos 1980.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação (BRAVO, 2000, p.112).

Desse modo, esses direitos enfrentam dificuldades para serem efetivados tal como assegura a Constituição, devido a essa lógica de mercado, de desvalorização dos serviços de saúde públicos, uma vez que, a política neoliberal veio sucatear os serviços de saúde, considerando que os recursos direcionados para esse setor eram desviados para outros, e ainda eram retirados 25% desses recursos através do DRU(Desvinculação de Receitas da União), com a intenção de diminuir os gastos

com o social, e pagar a dívida interna e externa, gerando um déficit positivo na economia (SANTOS 2009).

Mas apesar da implementação do neoliberalismo na década de 1990, o SUS ainda se coloca como uma das maiores expressões de afirmação dos direitos da Constituição Federal de 1988, ocorrendo na contramão dessa política econômica. Sendo regulamentada nos anos 90, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8.080/90 e Lei 8.142/90, das Normas Operacionais Básicas – NOBs e das Normas Operacionais da Assistência a Saúde.

A LOS vem, pois, demonstrar a necessidade de se avançar no processo de unificação, e traz a tona na discussão sobre o SUS os princípios de universalização, equidade, participação popular, entre outros.

A lei 8080/90 sancionada em 19 de setembro de 1990 vem dispor sobre os pressupostos de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dar outras providências, sob uma nova forma de atenção a saúde, mas sofreu vetos quanto à participação e o controle social.

Sendo logo depois promulgada a lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990 que vem tratar desses aspectos, incluindo a participação popular na gestão do SUS, e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde, ou seja, o financiamento e controle social, através da participação da sociedade civil por meio de Conselhos e Conferências de saúde.

Os Conselhos e as Conferências municipais, estaduais e nacionais de Saúde são as modalidades de participação da população, as quais fazem parte da dinâmica da área da saúde, propondo, formulando e controlando a execução dessa política.

Entretanto, o financiamento do SUS ainda é bastante escasso, visto que, o que se tem na verdade é o subfinanciamento marcado pelas precárias condições de trabalho nos órgãos federais, pela desregulamentação das demandas, da produção dos bens, bem como o impedimento de reformas no Estado, que busque dar autonomia aos prestadores públicos.

A construção do SUS possibilitou a integração dos serviços da União, dos estados, municípios e demais serviços de assistência, bem como a ampliação dos estabelecimentos sobre direção dos municípios, sendo estes os principais executores da atenção a saúde, e a descentralização de atribuições e responsabilidades para as outras esferas, o que vem a acarretar diversas mudanças

nas formas como se estruturam o trabalho na área da saúde e suas contratações.

1.2 O Sistema Único de Saúde no contexto Neoliberal

A Política de Saúde no Brasil é perpassada por uma forte ideologia, na qual há o privilegiamento do setor privado em relação ao público, mesmo o SUS tendo alcançado um número bastante significativo de atendimentos, o que se observa é que ainda se encontram muitos obstáculos para que a consolidação deste sistema se dê de forma efetiva e eficiente, um deles é a própria conjuntura, na qual predomina o investimento no mercado (setor privado), o acesso e a qualidade dos serviços prestados, que muitas vezes não coincide com o proposto pelo Sistema Único de Saúde, pois ainda a questão de estrutura e ineficiência da gestão, que acaba por segmentar o cuidado com os usuários.

A partir dos anos de 1990, o ajuste neoliberal em torno de reformas é bem notável na Previdência Social (Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro), a qual sofreu variadas alterações. O Estado assume outra estratégia no estabelecimento de sua própria Reforma, passando a ser o promotor e regulador das políticas sociais, deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo, assim, para o setor privado, suas atividades que passam a ser controladas pelo mercado. Concretizando os princípios da privatização, descentralização e focalização preconizados pela política neoliberal os quais direcionam as ações no campo das políticas sociais, em especial no SUS.

Segundo SANTOS (2009), apesar dos avanços, e do SUS alcançar um número significativo de atendimentos, que deu a ele o título de maior projeto de inclusão social dos últimos anos por atender a população antes excluída do atendimento público à saúde, evidencia-se ainda que tal sistema deixa muito a desejar, devido ser direcionado pela política de ajuste neoliberal, na qual, conforme BEHRING(2008, p.248).: [...] a tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais – [...] – em ações pontuais e compensatórias [...].

Nesse sentido, a universalização proposta pelo SUS, passa a ser conhecida por muitos, como “universalização excludente”, uma vez que este sistema fica restrito aqueles que não podem ter acesso ao setor privado. O que se pode perceber desde sua origem, quando se constitui como um sistema de “pobres e para os

pobres”, visto que as camadas que mais utilizam esse serviço são derivadas das classes com poder aquisitivo mais baixo, ou aquelas provenientes de planos de saúde que por algum motivo, não cobrem serviços de alta complexidade.

Considerando a contra-reforma do Estado, ele passa a atingir a saúde por meio das questões de financiamento que começam a serem mais restritas, e pela ênfase em programas focais, como Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde da Família (PSF), nos quais, o Estado é responsável pelo atendimento básico, e o mercado pelos setores especializados (atendimentos considerados de média e alta complexidade), ficando a saúde dividida em dois setores.

O objetivo dessa divisão é o incentivo aos seguros privados, a partir do qual o SUS, se restringe aos pobres e acaba por desenvolver ações mínimas e programas focalizados, o outro sistema fica para os que têm acesso aos seguros privados. Gerando o que Behring (2008, p. 251) define como “dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital”.

Destarte, como se não bastasse todo esse contexto de precarização que gera uma gama de serviços mal operacionalizados, a margem das necessidades da população, o SUS ainda “fragmenta” as suas ações através dos PSFs, hoje ESF, e do NASF, conforme passaremos a discutir.

Nessa direção tem-se o surgimento das unidades básicas de saúde, que tratam da questão primária pelas equipes de saúde da família, e a expansão dos centros de especialidades odontológicas, SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), entre outros.

Com isso, um novo modelo de cuidados básicos foi adotado no Brasil em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), recentemente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando melhorar as condições de assistência a saúde da população.

A ESF está vinculada a atenção primária a saúde, a qual se constitui como a porta de entrada do sistema de atenção a saúde, que se fundamenta no direito à saúde e na equidade do cuidado, bem como, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS.

Baseada no conceito ampliado do processo saúde-doença, no qual não são os indivíduos nem a doença em si mesma, mas a família no ambiente social em que

vive na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, a ESF busca alcançar a família para além do espaço físico, atribuindo a ela assistência integral, contínua e de qualidade.

O programa é desenvolvido por uma equipe multiprofissional na própria unidade e também nos domicílios e em locais comunitários como escolas, creches, asilos, presídios entre outros. Suas ações correspondem à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e a manutenção da saúde desta comunidade.

A ESF trabalha na construção de uma nova forma de pensar o setor saúde no país, tendo por objetivo trazer mudanças nos outros níveis de atenção à saúde, desenvolvendo ações nas quais os profissionais devem ser capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns, não se limitando a fazer apenas triagens e encaminhamentos para os serviços mais especializados.

A equipe da ESF deve ser formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de dentista e quatro a seis Agentes comunitários de Saúde, podendo ser ampliada de acordo com a realidade e necessidade do local em que a unidade básica estiver instalada, considerando que tal equipe, trabalha com uma população restrita, ou seja, um número fixo de famílias, não podendo exceder o total de 4.500 pessoas .

As principais atividades desenvolvidas pela ESF são: mapeamento da área adstrita e dos equipamentos sociais, planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento às famílias, acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas, ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças, consultas médicas e/ou de enfermagem, procedimentos odontológicos, quando existir a equipe de saúde bucal.

Com o objetivo de criar equipes matriciais, para o apoio das equipes de Saúde da Família, são formados em 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de acordo com a portaria 154/08 do Ministério da Saúde. Tendo sua composição definida por gestores municipais, de acordo com as prioridades de cada região.

Considerando o fortalecimento da ESF, a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica [...] tendo como objetivo, ampliar a

abrangência e o escopo das ações de atenção básica, cria-se o NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASILIA, 2007).

De acordo com essa portaria, os NASFs⁵ devem contar com profissionais de diferentes áreas do saber, com formação superior, que atuem de forma integrada e em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, desenvolvendo ações interdisciplinar e intersetorial, de educação permanente em saúde dos profissionais e da população, e o repasse da noção de território, integralidade, participação social promoção da saúde e humanização.

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF estão subdivididos em duas seções: NASF1 e NASF2, no que se refere à definição de equipes, número de profissionais, respectivas responsabilidades e principais fontes de recursos. Estes ainda possuem nove áreas nas quais retratam: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (Diretrizes do Nasf, 2009).

No NASF 1 as equipes devem ser compostas por no mínimo cinco profissionais de diferentes modalidades, e que não coincidam, entre elas: médico acupunturista; assistente social; professor de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional.

Já o NASF 2, terá uma equipe composta por no mínimo de três profissionais de ocupações não-coincidentes, entre elas: assistente social, professor de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional.

O apoio matricial apresenta dimensões de suporte assistencial e técnico – pedagógico, por isso sua responsabilidade tanto incide sobre a população quanto sobre as equipes de saúde da família, uma vez que este apoio pode ser percebido como um arranjo institucional, na medida em que vem refletir, e repensar o processo saúde/doença, na tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades, para que estas perpassem todo o

⁵No tocante a intervenções diretas do Nasf frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo Nasf ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias.

campo das equipes de saúde.

As diretrizes do NASF advertem que o processo de trabalho dos profissionais, por meio do apoio matricial deve desenvolver espaços de discussões e planejamento coletivo; espaços de atendimento compartilhado; intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias; ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, utilizando ferramentas tecnológicas, como: Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio.

Apesar dos feitos, e avanços do NASF, ainda se colocam muitos desafios a essa proposta, como o próprio Saúde da Família. Os ganhos, todavia, se sobrepõem a tais dificuldades, já que os núcleos vêm buscando: [...] a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 02).

Baseado nessa perspectiva, o trabalho do NASF corresponde à reorganização dos espaços rotineiros de reunião de planejamentos, que venham à discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de acontecimentos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc.

Não sendo um processo que se dá naturalmente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na co-gestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção.

As intervenções diretas do Nasf frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de Saúde da Família, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. O atendimento direto e individualizado pelo Nasf ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

2.1 A inserção dos/as assistentes sociais na área da saúde

O surgimento do Serviço Social na década de 1930 se deu a partir do acirramento da questão social, que pode ser entendida como um conjunto de problemas sociais, políticos e econômicos advindos a partir do desenvolvimento da sociedade capitalista, cuja raiz comum, centra-se no fato de que: “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 2007, p. 26).

E no Brasil esta profissão aparece determinada na década de 1930 pelas contradições geradas pela dicotômica relação entre capital x trabalho, advindas do capitalismo monopolista.

Conforme Costa (2000, p.310):

[...] a inserção dos/as assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir de condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

No princípio, a atuação dos/as assistentes sociais na saúde se dava com o mero escopo de auxiliares irrelevantes dos médicos, estando submissos às práticas sócio-institucionais, de modo que deveriam estar à disposição sempre que fossem solicitados, para atender a possíveis resistências dos pacientes, orientá-los acerca do tratamento indicado e ajudá-los no que fosse preciso, tendo nas suas ações um caráter residual, já que atuavam de forma “assistencial” na saúde pública e no “ajuste” dos indivíduos (COSTA, 2007).

Nesse sentido, a prática dos/as assistentes sociais na área da saúde estava voltada inteiramente para o controle dos trabalhadores, com o intuito de assegurar a sua capacidade produtiva para o mercado.

A partir da década de 1940, com as mudanças que ocorreram na política brasileira e o aprofundamento do capitalismo, a área da saúde passou a exigir a atuação de outras categorias de profissionais, em virtude do novo conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que trazia a menção dos aspectos biopsicossociais na concepção do processo saúde/doença, necessitando da atuação de mais profissionais, entre eles o/a assistente social (Bravo, 2007).

O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela” com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO e MATOS, 2009, p. 29).

Em 1946 constata-se a expansão de assistentes sociais atuando na ampliação da assistência médica e previdenciária. Nesse momento houve a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar⁶, na qual outros profissionais da categoria são chamados a atuar, em especial no que se refere aos conteúdos preventistas e educativos, com a criação de programas fragmentados para segmentos da população, uma vez que não existia a possibilidade de uma atenção universal.

A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo (BRAVO; MATOS, 2009, p. 30).

Nesse contexto, nos hospitais, os/as assistentes sociais desenvolveram o trabalho de mediação entre os/as usuários/as e os serviços e/ou benefícios, tendo sua prática determinada pela própria dinâmica da política de Saúde. Assim, as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social eram: plantão, triagem ou

⁶ Multidisciplinar - justaposição de disciplinas diversas, com a intenção de esclarecer os seus elementos comuns, mas desprovidas de relação aparente entre elas (Rafael Nicolau).

seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO, 2007).

Tais profissionais dedicavam-se a atividade liberal, com a criação de consultórios em parcerias com outros profissionais da saúde, criando as “comunidades terapeutas”, que se pautavam na terapia familiar, e tinham uma abordagem psicologista, proveniente das contribuições da psicanálise.

O aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam o controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho (Id, p. 105).

O Serviço Social médico como era conhecido, utilizava o Serviço Social de Casos, considerando prioritariamente a perspectiva individualista, que via o/a usuário/a como “cliente” em tratamento, o que só vai ser rompido anos depois, com a utilização do Desenvolvimento de Comunidade (DC), trabalho que traz a concepção desenvolvimentista e suas técnicas.

A finalidade do Serviço Social médico foi caracterizada como de intervenção nos fatores psicossociais que influenciam negativamente na proteção e na recuperação da saúde; o que se faz pelo desempenho de suas funções preventivas, curativas e promocionais resultando na melhoria do funcionamento social (BRAVO, 2007, p.114).

Mudanças significativas passam a ocorrer no período pós-64, tanto a nível político e social, quanto no aspecto profissional.

A instauração do regime militar passa a exigir do/a assistente social uma nova postura, buscando uma renovação condizente com as mudanças ocorridas a nível de Estado, baseada em uma modernização conservadora.

Influenciado pelo Movimento de Reconceituação ocorrido na América Latina, o Serviço Social brasileiro, dá início a uma série de questionamentos sobre sua prática profissional, seus aportes teóricos e suas ações, no período que corresponde aos anos 60, 70 e 80, através de três perspectivas e momentos distintos cujos quais, conforme Netto(1998) podem ser denominados de: perspectiva modernizadora (anos 60), onde a profissão apesar da tentativa de mudanças, permanecia funcional a ordem vigente em decorrência do contexto conjuntural da sociedade e da própria imaturidade da profissão; a Reatualização do Conservadorismo (anos 70), que utilizou o recurso fenomenológico, reforçando na profissão a atuação microsocial; e o último, o movimento de Intenção de Ruptura (anos 80), marcado pela presença da utilização do Marxismo.

De acordo com Netto (1998, p.164), a Perspectiva Modernizadora na década de 1960 sinaliza a primeira expressão de renovação do Serviço Social no Brasil. Oscilando entre o “tradicional” e o “moderno”, percebido no nível de macroatuação, no qual o sujeito individual é que produziria a ordem do progresso.

O que é perceptível nos documentos de Araxá e Teresopólis, ambos buscavam um rompimento com as práticas conservadoras, que permeava o Serviço Social. A reflexão no documento de Araxá volta-se para a busca de uma “teoria” que possa responder a compreensão da realidade, já Teresopólis segue em busca de uma “metodologia”, com a intenção de requalificar o profissional, por evidenciar a inserção do Serviço Social na academia, de modo bastante tímido.

A pauta central dessas discussões voltou-se para o Serviço Social como uma profissão interventiva, integrada ao processo de desenvolvimento, e preocupado em inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica menos débil, sem o questionamento da ordem vigente.

A perspectiva modernizadora se afirma não apenas como concepção profissional geral, mas como pauta interventiva (NETTO 1998, p.178).

Na verdade o que se evidenciou nesse contexto foi que não houve ruptura com o conservadorismo, mas sim, uma “nova roupagem” do tradicionalismo profissional.

Este discurso político de modernização, vai de encontro ao questionamento profissional que se fazia neste mesmo período dentro do seio da própria profissão, a partir de discussões e questionamentos acerca do caráter conservador de suas intervenções. Todavia, o intuito não era de questionar a ordem sociopolítica, mas de buscar inserir a profissão numa perspectiva teórica e metodológica moderna.

A modernização conservadora [...] exigia a renovação do Serviço Social para o atendimento das novas demandas colocadas e submetidas á racionalidade burocrática das reformas promovidas pelo Estado autoritário, havendo necessidade de mecanismos impulsionadores e organizadores da reflexão profissional (BRAVO 2007, p.100).

Com isso, o Serviço Social na saúde sofreu influências desta “modernização”, que pôde ser identificada nas políticas sociais, em especial na ação prática curativa e na assistência médica previdenciária.

A Reatualização do conservadorismo, na década de 1970 é marcada pela utilização da fenomenologia, reforçando o discurso conservador que permeia a profissão em suas bases, todavia sob “novas roupagens”, a partir de uma concepção miscrossocial de intervenção, e das dimensões subjetivas, antes vistas na ajuda psicossocial que o/a assistente social exercia.

O período correspondente aos anos de 1974-1979, não trouxe alterações para o Serviço Social na saúde, apesar de novas perspectivas teóricas estarem surgindo para a profissão, a exemplo do marxismo. Contudo, ainda se evidenciava neste contexto, a forte presença da ideologia “modernizadora”, tendo em vista a presença do regime ditatorial.

A prática profissional continuou sendo norteadada pela direção “modernizadora”, com uma ação, predominantemente rotineira, burocratizada, empiricista, com ênfase na racionalidade e seletividade (BRAVO, 2007, p. 118).

A incorporação do marxismo como teoria que dá fundamentação a profissão de Serviço Social, passa a fazer parte de seu discurso, com o Movimento de Intenção de Ruptura no Serviço Social, que correspondeu à perspectiva de renovação que mais tarde deu frutos, já que se contrapõe ao retorno ao

conservadorismo e a autocracia burguesa, através de uma visão mais crítica da realidade e da busca por uma postura crítica.

A Intenção de Ruptura enriqueceu o debate profissional com um elenco de núcleos temáticos e propostas crítico-analíticas que o tornam contemporâneo das polêmicas e alternativas do universo cultural mais avançado das ciências sociais (NETTO, 1998, p. 302).

É importante analisar a década de 1980, já que esta sinaliza uma época de grande efervescência política, com a discussão de temáticas como a reorientação do Estado e das políticas sociais, influenciadas pelo marxismo, o mesmo acontece com os/as assistentes sociais, que passam a vivenciar uma revisão interna acerca de suas práticas e de seu referencial teórico, na tentativa de romper com o Serviço Social Tradicional e encontrar uma nova direção para a profissão. Todavia, pouco se avançou na intervenção tendo em vista que uma parcela significativa da categoria profissional se manteve arraigada à prática conservadora, utilizando, portanto, o marxismo às avessas, ou como denomina Iamamoto (2007) “um marxismo se Marx”.

No entanto, na medida em que a profissão segue ampliando as suas discussões e debates acerca do referencial teórico que o ancora, passa a adquirir uma certa maturidade teórico-metodológica, fator, o qual contribui para que o marxismo passe a ser utilizado como a base para a compreensão da profissão e da luta existente entre a dicotômica relação capital x trabalho.

Esse processo de maturação profissional, construído a partir de muitas idas e vindas, pode ser percebido através da ampliação das agências de fomento e do crescimento das entidades representativas, bem como pelo debate na academia, trazendo o marxismo como fundamentação teórica da profissão.

A renovação profissional [...] constitui em si mesma, a contribuição (nem sempre consciente e voluntária, é verdade) dos/as assistentes sociais para abrir caminho ao futuro – de sua profissão e da sociedade (NETTO, 1998, p.308).

Desse modo, constata-se uma nova atitude profissional, uma vez que se vê uma postura crítica nos trabalhos em saúde, publicados nos vários Congressos e na articulação do CFAS (Conselho Federal de Assistência Social), hoje denominado CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), com conselhos federais de outras profissões inseridas na área da saúde.

Acompanhando esse processo de motivação profissional, seguido do próprio processo de redemocratização da sociedade brasileira, o Serviço Social se insere ainda que de forma tímida no debate acerca da Reforma Sanitária Brasileira⁷.

Entretanto, neste contexto se identifica de forma contundente a penetração do ideário da política neoliberal, conforme passaremos a discutir no item a seguir, enfatizando os reflexos desta política no processo de trabalho dos/as assistentes sociais.

2.2 As atribuições do Serviço social na área da saúde

Na área da saúde o Serviço Social tem suas ações desde o atendimento de demandas simples do usuário, através de triagens e palestras sócio-educativas até as questões de assessoria, que envolvem qualificação e formação profissional específicas, bem como a supervisão nos campos de estágios, estando baseados em instrumentos jurídico-legais, como a Lei que regulamenta a profissão, as Diretrizes Curriculares, o Código de ética profissional, os quais formam indissociadamente o maior referencial da profissão que é o Projeto Ético-político, elaborado nos últimos trinta anos, e que ganhou legitimidade e destaque no meio profissional, nas últimas décadas.

O Serviço Social na área da Saúde pode ser percebido através de uma série de atividades que são realizadas, com o intuito de tornar claro, ou viabilizar direitos de uma determinada parcela da população. Uma vez que o/a assistente social foi regulamentado/a em 1997 como um/a profissional da saúde.

Nesta área cabe ao/a assistente social atuar dentro de uma perspectiva de defesa de direitos, com ênfase nas questões concernentes a participação nos diversos espaços de discussão, ações com caráter crítico, bem como a articulação

⁷ No primeiro capítulo deste estudo foi abordado o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro.

ao movimento dos trabalhadores, usuários e outros profissionais que façam parte da luta pela efetivação real do SUS.

O trabalho do/a assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articuladas aos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social (BRAVO, MATOS, 2004, p. 43).

Embasado pelo PEPSS e pelos Parâmetros de Atuação dos/as assistentes sociais na saúde, os profissionais de Serviço Social seguem os determinantes que trazem o detalhamento das ações a serem desenvolvidas no campo da saúde. Ressalta-se que os referidos Parâmetros surgiram no ano de 2010, com o intuito de referenciar a intervenção da profissão nessa área, bem como estruturar as competências e atribuições desses profissionais no setor da saúde.

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos/as assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor da saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde (CFESS, 2010, p.9-10).

Esse documento foi resultado de uma série de discussões, ocorridas entre junho 2008 e março de 2009, em Brasília, na sede do CFESS, através de grupos de trabalho.

Os “Parâmetros de atuação dos/as assistentes sociais na saúde” compreendem que:

Os/as assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010 p. 23).

As ações dos/as assistentes sociais variam de acordo com a demanda e os espaços que a saúde determina, tendo sua atenção voltada para o atendimento direto aos/as usuários/as, seja nas unidades de saúde, como ESF, nos centros e postos de saúde, policlínicas, maternidades, entre outras.

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações sócioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS 2010, p.23).

Já as ações socioassistenciais, são as principais questões envolvendo os/as profissionais de Serviço Social, não devendo se restringir as questões burocráticas e emergenciais, mas com o intuito de reflexão e participação dos usuários, na busca de seus direitos, através de reivindicações da própria população. Outro fator interessante são as ações de articulação com a equipe de saúde, merecendo destaque o trabalho interdisciplinar.

No que se refere às ações sócioeducativas, estas consistem em orientações refletivas, que tem como objetivo a socialização de informações, que venham não apenas conferir ao usuário uma série de notícias, mas a intencionalidade de libertar os usuários, para a busca de uma nova cultura e participação na realidade de forma crítica. Envolvendo todas as ações em um conjunto de ações que mobilize, informe para a participação, bem como para o controle social.

As principais demandas que chegam para o Serviço Social na saúde, advindas da contra-reforma ocorrida na saúde são:

- Solução quanto ao atendimento;
- Reclamação quanto à qualidade do atendimento ou não atendimento;
- Não atendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento;
- Desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde;
- Agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção (CFESS 2010, p.24).

Chegam ainda outras demandas que se tornam explícitas ao/a assistente social, no que se refere às condições de vida dos/as usuários/as que são: desemprego e subemprego; ausência de moradia; violência (urbana e doméstica); acidentes de trabalho e abandono dos/as usuários/as, conforme se vê nos Parâmetros para atuação dos/as assistentes sociais na saúde.

Para a realização de seu trabalho na saúde, os/as assistentes sociais devem ter clareza das suas atribuições e competências, desenvolvendo uma intervenção que ultrapasse o caráter emergencial e burocrático (Idem, p.25).

No tocante a interdisciplinaridade, perspectiva a ser defendida na saúde, destaca-se o trabalho em equipe, no qual o/a assistente social dispõe de abordagens próprias na interpretação das condições de saúde dos/as usuários/as e competências diferenciadas no que se refere ao encaminhamento, que o distingue dos/as outros/as profissionais da área, nesse sentido, é exigido dos/as assistentes sociais algumas atribuições que não são de sua competência, como as ações de caráter técnico-administrativo, entre outras:

- Marcação de consultas e exames;
- Solicitação e regulação de ambulância para remoção de alta;
- Identificação de vagas em outras unidades;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- Comunicação de óbitos;
- Emissão de declaração de comparecimento na unidade;
- Montagem do processo e preenchimento de formulação de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimentos de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes (CFESS, 2010, p.27).

O/a assistente social na área da saúde tem suas ações desde o atendimento do/a usuário/a até as questões de assessoria, qualificação e formação profissional, formadas estas últimas pelas atividades que envolvem de criação de campos de estágios até a preceptoria de residentes, sendo orientados por vários fundamentos,

tais como teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, tendo como base o projeto profissional.

2.3 A política Neoliberal e os seus rebatimentos no processo de trabalho dos/las Assistentes sociais no âmbito da Política de Saúde

A política neoliberal no Brasil passou a ser plenamente efetivada no país nos anos 90, vinculada as transformações societárias através do plano diretor de reforma do Estado iniciado no governo de Fernando Collor de Melo e concretizado no governo de Fernando Henrique Cardoso e seus “cavalheiros do apocalipse”.

Tal política tem como princípios básicos a focalização, a privatização e a descentralização. Logo, ocasiona uma série de efeitos deletérios em todos os âmbitos da vida em sociedade, uma vez que provoca o agudizamento da questão social, a qual se configura como a matéria prima do Serviço Social.

Destarte, os anos 90 trouxeram transformações significativas tanto para o cenário político-econômico e social, quanto para o/a profissional de Serviço Social, exigindo uma série de competências interventivas.

[...] a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre um papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e ou setoriais (COSTA, 2000 p.341).

No que se refere ao processo de trabalho do Serviço Social na Saúde, identifica-se que este segmento profissional se deparou com a vigência do retrocesso do Projeto de Reforma Sanitária, haja vista que diante da “maldição neoliberal”, a saúde passa a ser obrigada a conviver com dois projetos voltados para a saúde, o defendido pela reforma sanitária, e o projeto de mercado, de cunho eminentemente privatista, voltado para a política neoliberal.

Conforme argumenta Bravo e Matos (2009), tais projetos trazem diferentes exigências para o/a assistente social, onde: o de reforma sanitária exige do/a

profissional a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular e o controle social. Já o projeto voltado para o mercado traz como requisições demandas de seletividade, de aconselhamento, de fiscalização, aos/as usuários/as dos planos de saúde, assistencialismo, retornando ao discurso de favor, e predomínio de práticas individuais.

Mediante a disputa entre esses dois projetos, a nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho dos/as assistentes sociais em várias dimensões, quais sejam: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Alarga-se os postos de trabalho precarizado e os assistentes sociais são chamados/as para atuar na amenização das circunstâncias da pobreza absoluta em que a classe trabalhadora está submetida.

Nesse sentido, a grande questão evidente na área da saúde centra-se na implementação do projeto de Reforma Sanitária, com isso, ao Serviço Social cabe lutar juntamente com outras categorias e segmentos defensores do SUS, na formulação de estratégias que venham a efetivar o direito à saúde.

Destarte, percebe-se claramente que o projeto neoliberal opõe-se ao projeto profissional hegemônico na profissão de Serviço Social, já que defende uma política de focalização, na qual há o privilegiamento do setor privado em detrimento do público.

Diante desse contexto de prementes transformações, são exigidas uma série de qualificações e competências, e o Serviço Social não fica alheio a isso.

Conforme afirma Guerra (1997):

Compreender as perspectivas profissionais do Serviço Social em face destas transformações, dadas pela mediação da implementação do projeto profissional dos assistentes sociais, **que ganhou notoriedade na década de 1990, tornando-se hegemônico, comprometido com a classe trabalhadora e buscando uma nova direção social** (grifos nossos), visando a estabelecer estratégias sócio-profissionais que permitam responder as demandas sociais (Id 1997, p.10, grifos nossos).

Com o processo de maturidade profissional vivenciada pelo Serviço Social na década de 1980, alterou-se o quadro técnico-operativo e intelectual desses profissionais, na busca de um perfil profissional condizente com as mudanças ocorridas na sociedade, que conforme Iamamoto (2007) culmina na necessidade de: “um profissional crítico, consciente e competente, que saiba desvelar a realidade e imprimir respostas a ela”.

Todavia, merece ser ressaltado que fruto do movimento de renovação, o Serviço Social na contemporaneidade é uma profissão com bases teórico-metodológicas bem definidas, sinalizando o compromisso com a classe trabalhadora, bem como a preocupação com a viabilização de direitos, e o deciframento da realidade social. Marcas provenientes da construção de um novo perfil, que repercutiu no surgimento de um novo currículo no qual se incorporou disciplinas que analisassem criticamente a realidade, na década de 1990.

Nesse lapso de tempo, o Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país. Materializado pelo Código de Ética do Assistente Social (1993), e pela Lei da Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares norteadoras da formação acadêmica (IAMAMOTO, 2009, p.4).

O projeto construído pelo Serviço Social na década de 90 ganhou hegemonia mesmo em meio ao discurso neoliberal, que traz intrínseco a ele o desmonte de direitos sociais, a minimização do Estado e o sucateamento dos serviços públicos. É nesse contexto de contradição que o PEPSS (Projeto Ético-político do Serviço Social), se destaca uma vez que tem na liberdade o valor ético central, primando ainda pela democracia, com ênfase na equidade e justiça social, comprometendo-se com os trabalhadores, já que considera a democratização como socialização da participação política da riqueza socialmente produzida (NETTO, 1998).

O Serviço Social inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, considerado como uma especialização do trabalho assalariado sofre todos os efeitos deletérios ocasionados pela política de corte neoliberal.

As implicações ocasionadas pelo ideário neoliberal reafirmam a presença do mercado como órgão regulador das relações sociais, acompanhado dos processos de privatização e mercantilização das necessidades sociais e sua satisfação, bem como a presença do “Estado mínimo para o social e máximo para o capital”.

Deste modo, o projeto da política neoliberal é uma “afronta” ao projeto hegemônico na categoria profissional, uma vez que são totalmente adversos.

3 O SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA: LÓCUS DA PESQUISA, CARACTERIZANDO O CAMPO DE ESTÁGIO

O Serviço Municipal de Fisioterapia é parte de um processo de construção de atenção a saúde, e estava dividido anteriormente em dois setores: a Unidade Municipal de Fisioterapia - UMF, que foi criada há quinze anos no município de Campina Grande, fazendo parte do atendimento de média complexidade, tendo como especialidade o setor fisioterapêutico (disfunções do sistema músculo-esquelético), bem como o Centro de Referência em Atenção ao Portador de Necessidades Especiais (CRANESP), criado há cinco anos, atendendo a disfunções neuro-funcionais, centrais e periféricas, todavia ambas atuavam conjuntamente.

Tal Serviço está localizado no prédio da antiga Casa de Saúde Doutor Brasileiro, na Rua Siqueira Campos, 605, no bairro da Prata, tendo como coordenadora a fisioterapeuta Luzia Ângela S. Carvalho.

O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã e da tarde, através de hora marcada, e conta com uma equipe interdisciplinar que atende crianças e adultos com alguma patologia neurológica, isto é, disfunções neuro-funcionais, centrais e periféricas. Tal equipe é composta por assistentes sociais, psicopedagogas, psicólogas sendo uma delas organizacional, fisioterapeutas e fonoaudiólogas.

As demandas chegam à instituição de modo espontâneo, ou seja, não passam pelo setor de marcação de consultas da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que o setor é independente e possui uma coordenação própria, ficando a cargo dos/as usuários/as buscarem os serviços de saúde disponíveis no município.

O funcionamento do serviço começa, no momento em que o/a usuário/a chega ao Serviço de fisioterapia sendo necessário que se faça um cadastro, no qual se verá a disponibilidade do acesso a uma vaga, caso contrário o sujeito é submetido a uma lista de espera. Já se a vaga estiver disponível, o/a usuário/a é introduzido na instituição e submetido ao tratamento necessário.

A equipe técnica é formada por 33 fisioterapeutas, 3 fonoaudiólogas, 2 assistentes sociais e 3 psicólogas, 1 desempenha um trabalho organizacional, 1 terapeuta manual, 1 psicopedagoga, contando com um atendimento variável, ficando em torno de 800 atendimentos mensais nas especialidades oferecidas

Iniciado o tratamento o/a usuário/a é submetido às sessões indicadas, as quais são realizadas duas vezes por semana pelo profissional de fisioterapia, caso os/as usuários, apresentem outras demandas, são encaminhados/as para outros/as profissionais da instituição, como por exemplo, para a psicologia ou a fonoaudiologia.

O atendimento na instituição também se dá por meio de encaminhamentos, visto que a população usuária desse serviço, não é apenas do município de Campina grande, mas também de cidades circunvizinhas.

3.1 O Serviço Social no Serviço Municipal de Fisioterapia

O Serviço Social emergiu na referida instituição no ano de 2008 com o escopo de atender a alta demanda que se observou no serviço, de um maior acompanhamento social aos/as usuários/as, e também pelo difícil acesso a informações que dizem respeito aos direitos e deveres dos/as profissionais da saúde e dos usuários, posto que a equipe profissional desconhecia as políticas de promoção à saúde, e os direitos conferidos em lei.

Assim, em novembro de 2008 foi contratada um/uma assistente social. Chegando outro/a assistente social em outubro de 2009 tendo em vista a demanda para a profissão.

O processo de trabalho do Serviço Social no Serviço Municipal de Fisioterapia é desenvolvido através de alguns procedimentos de ordem instrumental, tais como: realização de triagens, que estabelece o primeiro contato com os/as usuários/as, bem como com o serviço de fisioterapia; Realiza palestras sócio-educativas para os/as usuários/as e seus/suas acompanhantes. Além dessas tarefas também realiza encaminhamentos, visitas domiciliares e institucionais, visando à viabilização dos direitos aos/as usuários/as.

Diante dessas atividades, o/a assistente social na área da saúde centra suas atuações no que se refere às atividades educacionais, de informações, planejamento, assessoria, bem como as questões emergenciais e de mobilização comunitária.

No atendimento-triagem do Serviço Municipal de Fisioterapia o/a assistente social do público demandante, presta algumas informações a respeito da Unidade, como também orientações, ainda que digam respeito aos direitos sociais dos

indivíduos, o encaminhado, posteriormente, passa a realização de uma avaliação junto ao profissional de fisioterapia (este disponível de acordo com o número de vagas que este dispõe periodicamente).

No tocante as palestras, essas são denominadas de palestras na sala de espera, justamente por ocorrem no momento em que os/as usuários/as e seus respectivos familiares estão aguardando atendimento. Tais palestras objetivam o repasse de informações concernentes aos direitos dos/as usuários à saúde, através da abordagem de temas de interesse dos/as usuários/as e de importância para os/as mesmos, como: Lei Maria da Penha, direitos trabalhistas, Estatuto da pessoa idosa, etc.

[...] Este tipo de atividade demanda que os assistentes sociais [...] distribuam material educativo e de divulgação – cartazes, folhetos e folders informativos; apresentação de slides e vídeos relativos às formas de prevenção e controle das doenças, bem como coordenem eventos e discussões sobre, tabus, preconceitos e atitudes prejudiciais à saúde, como: hábitos alimentares, de higiene, etc (COSTA, 2000, p.328).

Há ainda na instituição a existência de um grupo que aborda temáticas referentes à Humanização em saúde, composta pela psicóloga organizacional e a psicopedagoga, que trabalham também na organização de eventos com esta finalidade, englobando em suas discussões outras questões como a importância de uma alimentação saudável, bem como uma vida com qualidade, entre outras, das quais os/as assistentes sociais participam, mas não de forma contínua.

De acordo com os Parâmetros de atuação dos/as Assistentes sociais na Saúde, é válido ressaltar que as ações a serem desenvolvidas por tais profissionais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa através da reflexão com relação às condições sociohistóricas a que são submetidos os/as usuários/as e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde.

As maiores dificuldades encontradas pelos/as assistentes sociais na instituição dizem respeito aos recursos materiais, ou seja, a não disponibilidade dos transportes necessários para a realização das visitas. Esses são alguns obstáculos

que dificultam a ação profissional do Serviço Social, porém, a profissão vem conquistando espaço e valorização na instituição, mesmo diante das difíceis condições objetivas e subjetivas vivenciadas.

4 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA

4.1 Perfil das profissionais de Serviço Social entrevistadas

Antes de iniciarmos as nossas considerações sobre o período de formação, cabe-nos enfatizar que os sujeitos da nossa pesquisa são do sexo feminino, correspondendo, portanto, a tendência hegemônica feminina existente no curso de Serviço Social, haja vista a condição de subalternidade histórica da profissão, e seu caráter caritativo em seus primórdios.

No tocante ao período de formação profissional, uma das entrevistadas concluiu a graduação no ano de 1993, ou seja, teve formação pautada no antigo currículo utilizado pelo Serviço Social, já a outra terminou o curso no ano de 2002, subsidiada, portanto, nas diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996 utilizadas pelo Serviço Social na contemporaneidade.

As diretrizes curriculares são um elemento chave para a inserção da profissão frente às novas necessidades e possibilidades de romper com o conservadorismo, bem como as novas demandas que surgem na sociedade brasileira contemporânea, com isso:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não executivo (IAMAMOTO, 2001, p. 20).

O que nos leva a entender que a maturidade profissional que os/as assistentes sociais vivenciam desde o momento de revisão curricular nos anos 90, ainda está inacabada, já que a profissão segue o mesmo percurso que a sociedade, por isso à medida que surgem novas demandas, o Serviço Social se atualiza, buscando não apenas respostas a essa realidade, mas a própria compreensão do que está posto.

Das duas assistentes sociais entrevistadas, apenas a que se formou em 2002 está cursando pós-graduação a nível de mestrado na Universidade Federal da

Paraíba (UEPB), tendo concluído a sua graduação na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), especificamente no campus de Campina Grande/PB, a outra profissional tem apenas a graduação, tendo concluído o curso na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

O momento presente desafia os/as assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social, nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas (IAMAMOTO, 2007, p. 35).

O elemento qualificação profissional é uma das requisições para o desenvolvimento do novo perfil do/a assistente social frente às demandas profissionais da atualidade, segundo Iamamoto (2007), um profissional que seja não apenas executivo, mas propositivo, uma vez que o trabalho do/a assistente social é desempenhando mediante as expressões da questão social, sua base de fundamentação profissional.

No que se refere ao período de atuação das profissionais na instituição, uma das assistentes sociais está na saúde acerca de 3 anos, sendo ela a responsável pela implantação do Serviço Social na instituição, o que acabou repercutindo na mudança do atendimento, conforme sua própria fala:

[...] a porta de entrada do usuário no serviço é através do Serviço Social, isso é uma grande vitória, pois antes de eu entrar aqui como assistente social, não existia Serviço social no serviço (Entrevista 1).

Dessa forma, depois da contratação da primeira assistente social, o atendimento é realizado primeiramente pelo Serviço Social, e só então os/as usuários/as são encaminhados/as para o/a profissional que dará continuidade ao tratamento, esta foi à primeira conquista da profissão neste local.

[...] a ampliação do mercado de trabalho dos/as assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho (COSTA, 2000, p.5).

Conforme a autora citada acima, podemos perceber uma maior atuação do Serviço social na área devido à própria ampliação do conceito de saúde, bem como do amadurecimento da profissão.

A segunda profissional chegou a essa área há dois anos em virtude da grande demanda que se observava no serviço, e que exigia os conhecimentos específicos do Serviço Social, para a realização de atividades privativas desse profissional. Tais como:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;
- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais; trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social (CFESS, 2010, p.22).

Algumas dessas ações estão sendo realizadas pelas assistentes sociais do Serviço Municipal de Fisioterapia, com o intuito de melhorar o atendimento, e buscando responder aos problemas e demandas da instituição, visando atender a todos/as os/as usuários/as que chegam a este serviço, seja em busca de informações a cerca de seus direitos, seja apenas o atendimento fisioterápico.

Com relação ao processo de trabalho, o que se evidencia é que as entrevistadas possuem posicionamentos parecidos, todavia com aspectos diferenciados, uma vez que uma delas acredita que o processo de trabalho se dá mediante as ações que são desempenhadas no próprio cotidiano, vejamos:

O trabalho é bastante interessante, de forma interdisciplinar, o Serviço Social é a porta de entrada do/a usuário, e aí a gente faz triagem, tem uma observação participante, e em seguida os devidos encaminhamentos para os/as fisioterapeutas. Fazemos salas de espera, relatórios de sala de espera, temos uma produção diária que é o livro ata, onde a gente faz todo o relatório do atendimento do serviço diário, é bastante interessante o trabalho no serviço. A gente tem conquistado cada vez mais o espaço, fora que a gente também tem supervisão de campo e acompanhamento com os estagiários (Entrevista 02).

Na verdade, o processo de trabalho do Serviço Social é de fato operacionalizado no cotidiano profissional, todavia é necessária fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, como forma de se abster da imediatividade, do pragmatismo, e dessa forma desenvolver uma prática subsidiada a partir de arcabouços que fundamentam a formação e consequentemente o exercício profissional. Com isso, esse processo de trabalho é materializado na prática, mas é construído historicamente pela profissão.

Já a outra profissional concebe que o processo de trabalho do Serviço Social se dá de modo natural, porém seguindo a utilização do arcabouço teórico do Código de ética.

Se dá normalmente, a gente trabalha dentro de uma linha desenvolvendo ações de uma boa qualidade para o/a usuário, e de alguma maneira ou na maioria das vezes, seguindo a estrutura do Código de Ética (Entrevista 1).

O processo de trabalho do Serviço Social, conforme foi relatado a priori, evidentemente necessita ser subsidiado pelo Código de Ética profissional de 1993, porém não apenas nele, mas também na Lei de Regulamentação da profissão e nas diretrizes curriculares (1993), tendo em vista estas formarem o Projeto ético-político do Serviço Social (1993), o qual é hegemônico e deve direcionar o exercício profissional em todas as esferas de intervenção, e em todo arcabouço teórico vigente na profissão.

O projeto ético-político é bem claro e explícito quanto aos seus compromissos. Ele “tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais” (REIS, 2005, p.3).

Este projeto está vinculado a um projeto maior, que é o projeto societário de transformação da realidade, ao pensar uma nova sociedade sem divisão de classes, e sem exploração/dominação de qualquer espécie, necessitando para isso de uma construção coletiva, já que os projetos profissionais trazem a auto-imagem da profissão. Nesse caso, mostra o compromisso que o Serviço Social tem em trazer respostas as suas demandas, bem como a construção de uma nova ordem social.

Sendo este projeto elaborado nos anos 70, ganhando legitimidade nos anos 90, no mesmo período em que a maturidade profissional começa a ser percebida na profissão, através do desenvolvimento de uma prática direcionada para ações não apenas interventivas, mas reflexivas.

No Serviço Municipal de Fisioterapia, segundo uma das profissionais, o PEPSS é percebido através do comprometimento e da postura crítica, vejamos:

Ele é bastante visível na nossa prática, porque a partir do momento que o profissional ele tenha uma posição crítica, que ele venha a desenvolver sua prática tendo uma postura crítica, buscando sempre responder a demanda que está posta, tendo práticas que sejam desenvolvidas no Serviço com relação a comprometimento, que

possa ser desenvolvida com bastante eficácia, com responsabilidade, eu acho que ele é vivenciado no nosso dia a dia, através disso (Entrevista 2).

Observa-se o comprometimento das profissionais com os/as usuários, na medida em que estas trabalham em prol do que seja melhor para o público demandante, este projeto como colocado, vai além da perspectiva de atendimento a demandas emergenciais, ou seja, na perspectiva de viabilizar direitos garantidos constitucionalmente. Vejamos:

Através da satisfação, da qualidade do serviço que a gente procura desenvolver junto ao usuário , quando a gente vê que consegue resgatar, fazer com que uma família ou um usuário tenha um tratamento de qualidade e a gente tá vendo uma resposta positiva desse usuário, é onde a gente vê que a gente se aproxima do projeto (Entrevista 1).

Contata-se que na instituição o Serviço Social, busca a viabilização desse projeto, na medida em que desenvolve ações de qualidade para os seus/suas usuários/as, e busca a conquista da autonomia e do espaço sócio-ocupacional para a profissão.

O que se observa quanto ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, é que ambas as assistentes sociais, acreditam no desenvolvimento deste tipo de trabalho no Serviço.

Quanto às facilidades e dificuldades para a realização deste trabalho, a questão mais defendida foi que a falta de recursos materiais é o que mais atrapalha o trabalho em equipe, uma vez que as assistentes sociais não dispõem de recursos suficientes para o desempenho de todos os seus atributos.

Já as possibilidades se remetem a questão da autonomia profissional e o reconhecimento da própria equipe da importância do Serviço social para a área da saúde.

[...] na medida do possível a gente consegue resolver tudo aqui dentro do serviço, mas existe sim um trabalho interdisciplinar, que a

gente tem cada vez mais conquistado os profissionais tanto de fisioterapia, tanto os fonoaudiólogos, pra que essa interação seja cada vez mais conquistada dentro de uma maturidade profissional e pessoal (Entrevista 2).

Verifica-se com isso que o Serviço Social tem ganhado visibilidade na instituição, uma vez que há o reconhecimento da equipe sobre o desempenho de suas funções, mas não descarta-se a existência de algumas limitações no cotidiano institucional referentes a falta de equipamentos e de material suficiente para o atendimento aos usuários.

Observou-se com relação às condições objetivas e subjetivas que as profissionais estão satisfeitas com as conquistas alcançadas pelo Serviço social na instituição, todavia ainda existem uma série de entraves no que se refere às condições objetivas e subjetivas.

É possível perceber as limitações existentes quanto às condições objetivas para a realização da prática nesta instituição, como se percebe nessa fala:

A gente precisa também de recursos materiais permanentes, que eu ainda acho que deve ser conquistado, como computador, um telefone que possa tá sempre funcionando pra que a gente esteja sempre em contato com o usuário nos momentos que a gente tem precisado. Computador, telefone e um carro que a gente poderia considerar bastante relevante para as visitas domiciliares (Entrevista 2).

Outro fator relevante são as condições de trabalho, que apesar de o Serviço social ter tido várias conquistas na instituição como a construção de uma sala para as profissionais, e a reforma do espaço de atuação, e de este local possuir uma boa infra-estrutura, e propiciar melhores condições para a locomoção do usuário, já que se trata de um de setor de fisioterapia, ainda é possível avançar mais na busca de uma melhor satisfação para os/as usuários/as, e para os próprios/as profissionais, que ainda não possuem boas condições de trabalho, como ratifica a Entrevista 1:

A gente quer trazer para a prática mais ações e não se consegue devido às condições de trabalho, eu não vou nem citar porque são muitas que a gente gostaria que fossem implantadas, mas infelizmente a gente não consegue, às condições de trabalho não permitem, vamos sempre tá tentando fazer na prática o que mais se aproxima do que seja melhor pro nosso usuário.

Constata-se, de acordo com a fala acima, que ainda há um longo caminho a se percorrer no que tange as condições objetivas e subjetivas da nossa profissão, uma vez que quando se há boas condições subjetivas, em alguns casos faltam às objetivas, e quando tais existem, as questões subjetivas acabam “falhando”, no quesito busca de aprimoramento.

As possibilidades para o desenvolvimento do trabalho de Serviço social na instituição estão vinculadas a questão da autonomia, que segundo as profissionais, é uma questão marcante em suas atuações no que diz respeito à liberdade de trabalho, bem como o desenvolvimento do trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar. Conforme foi colocado pela entrevistada:

Nós temos uma abertura de trabalho, nós temos liberdade de trabalhar. [...]. Porém, as dificuldades é que a gente trabalha em um sistema que não nos dá condições de exercer como gostaríamos a nossa prática, mas é satisfatório (Entrevista 1).

É possível verificar que as profissionais de Serviço Social que atuam na Unidade de Fisioterapia do Serviço Municipal de Saúde estão cientes da importância do seu trabalho na instituição, sobretudo, a partir da perspectiva interdisciplinar, mediante as próprias condições que são viabilizadas para a execução do mesmo, mas que o próprio sistema dificulta que este processo de trabalho possa ser mais amplo e eficaz, devido ao próprio contexto de precarização do SUS, que mesmo tendo como princípios básicos a universalidade, integralidade e equidade se configura como um “sistema pobre para os pobres”, cujas principais características são a seletividade, focalização e precarização.

Nesta pesquisa, todavia esclareceu-se que mesmo tendo apenas uma das assistentes sociais com pós-graduação, a profissão não deixou de ganhar visibilidade e aceitação pelos demais profissionais da equipe interdisciplinar, uma

vez que se constata a preocupação que a outra assistente social tem com a população usuária, conforme fora enfatizado anteriormente.

Na saúde os/as assistentes sociais desenvolvem suas atividades através de plantão ou de programas e projetos. Vejamos:

O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um/uma ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários/as que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social (VASCONCELOS, 2006, p.5).

Nesses plantões, o atendimento das demandas ocorre através de "orientações diversas", "encaminhamentos", "esclarecimentos", "informações", "providências", "apoio", "aconselhamento", atividades apontadas pela quase totalidade dos/as assistentes sociais (Idem, p.6).

No Serviço Municipal de Fisioterapia, o atendimento também se dá através de plantões sociais, nos quais se faz a utilização dos instrumentos de: triagens, salas de espera – repasse de informações, livro ata – produção diária, encaminhamentos, visitas domiciliares e institucionais, quando se faz necessário, supervisão de campo e registros de atendimentos com AVEIAM.

Segundo uma das entrevistadas, este instrumental, é definido como direto e indireto, conforme se observa:

[...] o instrumental que a gente utiliza aqui é o que eu digo que um instrumental direto que é o face a face, que é observação participante que são as nossas triagens, que são entrevistas com os/as nossos/as usuários/as, que são as salas de espera, relatórios de sala de espera, encaminhamentos, visitas domiciliares e institucionais no caso, quando se faz necessário ,encaminhamentos, supervisão de campo, temos estagiarias, e eu diria que o instrumental indireto que são aqueles escritos, registros de atendimentos com AVEIAM, registro de sala de espera com relação a relatórios, registro do próprio Serviço Social no livro ata, o que foi desempenhado no dia a dia, esses são os instrumentais que a gente utiliza (Entrevista 2).

Em virtude da utilização desses instrumentos verifica-se que o Serviço Social se apropria de elementos-chaves para o desenvolvimento de uma ação comprometida com os usuários, uma vez que a socialização de informações é essencial para a defesa dos direitos sociais, a conquista da autonomia, da emancipação e da plena expansão dos indivíduos sociais elementos que estão presentes no Projeto Ético-político profissional.

O Projeto ético-político elaborado pela profissão nas décadas de 70 e 80 é comprometido com a classe trabalhadora, e tem como o norte direcionar a atuação do Serviço Social.

Após ser consolidado nos anos 1990, este projeto é um marco no processo de renovação do Serviço Social, já que traz a imagem da profissão, seus valores e está ligado a um projeto maior de transformação social, sendo percebido como um importante elemento na construção do espaço sócio-ocupacional da profissão, todavia, se reconhece a dificuldade de torná-lo real, em virtude do neoliberalismo, que traz para a profissão diversas ameaças que acabam repercutindo no seio da categoria sob a forma de um neoconservadorismo profissional.

No Serviço Municipal de Fisioterapia, uma das assistentes sociais acredita que este projeto ainda está distante de sua realidade, quando afirma:

Acho que o projeto é bom, só que ele poderia ser mais exercido na prática, nossa prática infelizmente não condiz realmente com o todo do projeto (Entrevista 1).

Esta fala reafirma que este ainda está em construção. Todavia para sua efetivação, ainda persistem vários obstáculos como as condições de trabalho, e a própria dinâmica da sociedade, que exige do/a profissional uma postura diferenciada da proposta pelo projeto ético-político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o processo de trabalho do Serviço Social na saúde se configurou para nós um grande desafio, tendo em vista que se trata de uma temática que apresenta referenciais teóricos restritos, tendo como literatura mais recente e diretamente focada, os “Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde”. Ressalta-se que as discussões teóricas em torno da política de saúde e suas especificidades na contemporaneidade são vastas, mas aquelas diretamente ao processo de trabalho do Serviço Social nessa área não o são.

O processo de trabalho do assistente social na saúde é um tema recente, que reflete uma discussão que se passa no seio da profissão nos anos 90, por conta de seu novo referencial teórico-metodológico - o marxismo - baseado no método crítico-dialético, que vem orientar as diretrizes curriculares, o projeto ético-político e a formação profissional neste momento.

A partir dos resultados da nossa pesquisa, pode-se claramente evidenciar que o Serviço Social no Serviço Municipal de Fisioterapia, apesar das inúmeras dificuldades encontradas no cotidiano institucional, tem conquistado espaço e visibilidade, realizando, na medida do possível, uma prática baseada no trabalho interdisciplinar. Contudo, constata-se que suas ações voltam-se, na maioria das vezes, para o caráter emergencial, o que acaba dificultando o compromisso com a defesa intransigente dos direitos sociais defendidos pelo Projeto ético-político, hegemônico na profissão.

Dessa forma, no Serviço Municipal de Fisioterapia, a prática do assistente social está perpassada por uma série de elementos contraditórios, já que estes fazem parte do processo de produção e reprodução social, que é intrínseco à sociedade e ao cotidiano da profissão, que atua nas expressões da questão social, fruto da relação antagônica entre capital/trabalho.

Apesar das profissionais, a partir do desenvolvimento do seu processo de trabalho demonstrarem compromisso com os/as usuários/as, apenas isso não é suficiente para que o espaço sócio-ocupacional da saúde seja fortalecido e consolidado, tendo em vista que os aspectos objetivos decorrentes da descomprometida administração no tocante à saúde se configuram como grandes entraves no processo de desenvolvimento do SUS, e que a nossa categoria

profissional que trabalha nessa área é vítima do sistema, assim como os/as usuários/as diretos desta política.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As políticas brasileiras de seguridade social**. In: Capacitação em Serviço social e política social. Módulo 3. UnB, Centro de educação aberta, continuada a distancia, 2000. p. 106-115.

_____. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais– 2.ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

_____. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. [et al.], (Orgs.). Saúde e Serviço social. São Paulo: Cortez, 2007

_____. **Serviço Social e saúde**: desafios atuais. In: Revista Temporalis, ano VII, Nº 13. São Luís: ABEPSS, 2007.

_____. [et al]. **Saúde e Serviço Social**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Modo de co-produção singular do sistema único de saúde**: impasses e perspectivas. In: Revista Saúde em debate, Rio de Janeiro, nº 81, jan/abr de 2009.

CARVALHO. Rafael Nicolau. **As possibilidades da prática interdisciplinar no Programa Saúde da Família em Campina Grande/PB**. UFPB/CCHLA/PPGSS. (Projeto de pesquisa), 2008.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COSTA, Cibelly Michalane Oliveira dos Santos. **A prática profissional do Assistente Social: à luz da sua dimensão política**. João Pessoa-PB, UFPB/CCHLA/DSS/PPGSS, 2007 (Dissertação de Mestrado).

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais**. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 62, 2000.

CONSTRUÇÃO DO CRANESP: <http://www.pmcg.pb.gov.br> acesso em 21 de abril de 2010.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. Ed. 4. São Paulo: Ática, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Yolanda. **Construindo o Serviço Social**. Revista do Instituto de Pesquisa e Estudos. Divisão Serviço Social, novas perspectivas de atuação profissional: o perfil do profissional hoje, n.1, Bauru (SP), 1997.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11 ed. São Paulo, 2007.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea**. In: *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: *Serviço Social: direitos e competências profissionais*, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MEDEIROS, José Eri e Et All (organizadores). **Sementes do SUS**. 2ª ed. Sapucaí do Sul: IB Saúde, 2008.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre a política de saúde no Brasil de “Transição Democrática” anos 80**. In: *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. V. 1. Nº 1. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1991.

MOTA, Ana Elizabeth. et alli (Orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MINAYO, M. C. S (org). et. al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64 – Ed. Ed. – São Paulo, Cortez, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. In: Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, nº 81, jan/ab de 2009.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2009.

REIS, M. B. M. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social**. In: Assistente social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. 4 ed. Rio de Janeiro, CRESS/7 R., 2005.

Saúde. In: **Capacitação Continuada em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: UNB/CEAD, 2000.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**: tendências e desafios após 20 anos. . In: Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, nº 81, jan/abr de 2009.

SILVIO, Fernandes da Silva. **Sistema Único de Saúde 20 anos**: avanços e dilemas de um processo em construção. . In: Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, nº 81, jan/abr de 2009.

VASCONCELOS, Ana Maria de. [et al.],orgs. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS (ASSISTENTE SOCIAL)

1. Ano de formação.
2. Possui curso de especialização/mestrado? Quando terminou e em que área?
- 3- Há quanto tempo trabalha na instituição?
4. Como se constitui o processo de trabalho do Serviço Social nesta instituição?
- 5- Quais as possibilidades e limites para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar na instituição? Em sua opinião, há o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar?
- 6- Quais as condições objetivas e subjetivas para o desenvolvimento de suas atribuições na instituição?
- 7- Quais os instrumentos de trabalho utilizados na operacionalização de sua prática?
8. O que você acha do Projeto ético-político existente e hegemônico no Serviço Social?
9. Como você percebe o Projeto na prática profissional cotidiana?
- 10- Quais são as possibilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento da prática dos/as assistentes sociais aqui na instituição?