

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO

**TRABALHO EM SAÚDE:
a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de
Fora/MG**

JUIZ DE FORA

2009

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO

TRABALHO EM SAÚDE:

a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira.

JUIZ DE FORA

2009

**TRABALHO EM SAÚDE: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde
em Juiz de Fora/MG**

MARINA MONTEIRO DE CASTRO E CASTRO

**LÊDA MARIA LEAL DE OLIVEIRA
ORIENTADORA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em ____/____/____

Túlio Batista Franco

Maria Rosângela Batistoni

Lêda Maria Leal de Oliveira (Orientadora)

À minha família: exemplo de amor e união

O respeito e a humanização não se dão pela solidariedade humana, pela ajuda, pela pena, pelo tratamento dispensado, mas pelo direito de usufruir daquilo que a humanidade vem conquistando e produzindo, não pelas mãos de quem possui capital, mas pelas mãos de quem realiza trabalho.

VASCONCELOS, 2000, p.136

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecer com gratidão àqueles que colaboraram para a finalização deste trabalho.

A etapa que concluo, é fruto de muitas contribuições. E por isso, agradeço àqueles que estiveram ao meu lado durante minha trajetória acadêmica, profissional, intelectual e pessoal.

Agradeço à Lêda, pelo selar de uma parceria construída com muito companheirismo, confiança e afeto. Mais uma vez, obrigada por me instigar a estar sempre pensando e repensando meu objeto de estudo, e por me apoiar e incentivar a estudar o Serviço Social.

Aos meus companheiros de graduação, elo maior na luta pela construção do Serviço Social, e pela parceria consolidada.

Aos tantos companheiros e professores que passaram por mim no Programa de Residência, do HU/UFJF, no INCA, na Especialização em Pesquisa e Política em Saúde Coletiva e na Especialização em Serviço Social em Oncologia. Cada encontro, debate e reflexão se encontram presente neste trabalho.

Ao Programa de Mestrado da Faculdade de Serviço Social, nas pessoas de Cida e Beth. Obrigada pelo carinho!

À minha turma do mestrado, em especial, Luciana e Lourdinha. Obrigada pelo renovar da amizade e por compartilhar comigo angústias e vitórias. Aos que somaram depois: Juliano, Ana Paula, Patrícia, Waldenice e Isis. Vocês moram no meu coração!

Aos professores do mestrado. Aproveitei cada discussão e cada elaboração produzida nas disciplinas.

À Professora Rosângela. Você é a certeza de que o aprimoramento intelectual não tem fim!

Aos professores da minha banca que trouxeram contribuições valiosas para este trabalho e para meu amadurecimento intelectual: Túlio Franco e Rosângela Batistoni.

Aos professores suplentes Auta e Márcia, pela disponibilidade e carinho em aceitar o convite para a banca. Vocês foram fundamentais para meu amadurecimento profissional.

À Faculdade de Serviço Social, em especial, Cláudia Mônica e Alexandra, pela parceria construída.

À Paula e Ana Maria: companheiras de vida, profissão, militância e diversão. Obrigada pela amizade, pelo carinho e pelas trocas infindáveis.

À Estela pela disposição em me “socorrer”, principalmente, nos momentos finais da dissertação.

Ao Darci pelo apoio e disponibilidade de sempre!

Aos meus alunos que a cada dia me motivam a pensar, a reler, a rever e a lutar pelo Serviço Social.

Ao grupo de pesquisa “Política Social, Gestão e Cidadania” que contribuiu enormemente para meu amadurecimento enquanto pesquisadora.

À FAPEMIG pelo financiamento do estudo.

Aos companheiros e funcionários do CRESS pela militância ativa em torno do Serviço Social.

Aos amigos especiais que nunca se vão: Sabrina, Alexandre, Luciana, Preá, Elizabeth, Sabrina Paiva. Obrigada pelas muitas trocas de idéias, experiências e risadas.

À Sabrina por ser a outra metade da minha laranja, meu lado mais forte, meu ombro amigo, meu amparo intelectual. Te amo amiga!

Ao Preá pela certeza de que tudo que é sólido não se desmancha no ar! Obrigada por estar ao meu lado, sempre!

Às minhas amigas “de vida inteira”, Karime e Cynara, que entenderam minha ausência e de longe, compartilharam comigo cada página da dissertação.

À minha família: tão imensa, tão intensa, incansável.

À tia Anitta pela dedicação na correção do trabalho e pelo carinho eterno.

À tia Naná, que acompanha todos os meus passos, sempre com muito amor e zelo.

Às mulheres de minha vida: mãe, Mary e tia Ysa que me protegem, me guiam, e me guardam! Obrigada pelo apoio e amor incondicional!

Aos homens da minha vida: pai, Fred, Pinho e Fa, por estarem sempre ao meu lado, e por estarem sempre em mim!

Aos meus sobrinhos pela alegria que me despertam e pelo prazer que é ouvir: Titia!

Ao Naldinho por ser meu porto seguro. Obrigada pela paciência, companheirismo e pelo amor que cresce e se renova.

À Deus que me guia e me ilumina.

RESUMO

O presente estudo aborda o trabalho do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG no que se refere a sua organização e desenvolvimento, objeto, objetivos e instrumentos, e às condições de trabalho. O estudo foi construído a partir da compreensão de que o trabalho em saúde está situado na esfera dos serviços e que se efetiva na relação entre trabalhador/ usuário. Na atenção primária à saúde este trabalho adquire especificidades por este nível de atenção ser a porta de entrada dos serviços de saúde e ser uma estratégia de organização do sistema de saúde. O assistente social, por sua vez, se insere no trabalho em saúde atuando sobre os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença com a perspectiva de atender as necessidades dos usuários. A metodologia utilizada teve como base a abordagem qualitativa e o método crítico-dialético. A pesquisa de campo foi realizada com nove assistentes sociais que estão inseridos em Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, com Programa de Saúde da Família e com Programa de Residência em Serviço Social, no município de Juiz de Fora. Os resultados do estudo demonstraram que na saúde, os assistentes sociais, atuam no campo do trabalho vivo, uma vez que possuem uma relação direta com os usuários. O diferencial do seu trabalho está relacionado com a predisposição ao trabalho em equipe, a vinculação com os usuários, e o desenvolvimento de projetos de educação em saúde. Apesar dos desafios postos pela conjuntura neoliberal (adversa à consolidação e expansão de direitos sociais), o profissional de Serviço Social é cotidianamente desafiado a buscar alternativas competentes e criativas, explorando as possibilidades existentes na realidade e fortalecendo o caráter democrático dos serviços públicos de saúde. A realização desta dissertação visou trazer a tona uma reflexão sobre o trabalho dos assistentes sociais na atenção primária à saúde em Juiz de Fora, como também o fomento das discussões sobre a inserção do Serviço Social no trabalho em saúde.

Palavras- chave: atenção primária à saúde, trabalho em saúde, Serviço Social

ABSTRACT

This study focus on the role of the Social worker in Primary Assistance Health in Juiz de Fora - Minas Gerais concerning to: its organization, development, objective and used tools, the main object and work conditions. The study understands that the work in Health is located in the area of services and it relays on the relationship between worker/customer. Furthermore in Primary Health attendance, the Social Work is the front door of the Health Services and a strategy to the organization for Health System. The Social Workers include themselves in Health by acting on the social determinants that involves the health-illness process, and aims to achieve customers needs. It was used a qualitative approach and a dialectical critical methodology. The survey has been done with 9(nine) Social workers in Traditional Basic Health Units, dealing with Family Health Program and the Residence Formation in Social Service of Juiz de Fora Municipality. The results have shown that workers in Social Area deal with a lively field due to be in a direct relationship with customers. The main point of their work is to be able to work in multidisciplinary teams, the contact with customer and carry on Health Educational Projects. In spite of the challenges presented by the neo-liberal economy (which is adverse to the consolidation and expansion of social rights), Social Workers face the daily challenge to search for viable and creative alternatives, seeking out actual possibilities and strengthening the democratic character of public health care services. This presentation aims to have a reflection over the Social Workers in Primary Health in Juiz de Fora as well as to increase the discussions about the Social Service in Health Area.

Key Words: primary assistance health, health care work, Social Work

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ABS – Atenção Básica à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAD – Centro de Atenção ao Desnutrido
CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEP – Código de Ética Profissional
CEP/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal e Juiz de Fora
CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CLS – Conselho Local de Saúde
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CQT - Círculos de Qualidade Total
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
EBES – Estado de Bem-Estar Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FSS – Faculdade de Serviço Social
HU/UFJF – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA - Instituto Nacional de Câncer
IPEA – Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada
JF – Juiz de Fora
LBA – Lei Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MG – Minas Gerais

NATES/UFJF - Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PJF – Prefeitura de Juiz de Fora

PROESF - Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família

PROMASE – Programa Municipal de Assistência à Saúde dos Estudantes

PSF – Programa de Saúde da Família

RESF – Programa de Residência em Saúde da Família

SAD – Serviço de Atenção ao Desnutrido

SM – Salário Mínimo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SEMBES – Secretaria Municipal de Bem – Estar Social

SESP – Serviço de Saúde Pública

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UAC – Unidade de Apoio Comunitário

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBS's – Unidades Básicas de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
1.1 O Desenvolvimento da Saúde Pública e a Atenção Primária à Saúde	29
1.2 A Atenção Primária à Saúde no Brasil	37
1.3 Política Nacional de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família	46
1.4. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora	52
CAPÍTULO II - O TRABALHO EM SAÚDE	61
2.1 A Categoria Trabalho e o Trabalho em Saúde	61
2.2 Trabalho em Saúde e Capitalismo	70
2.3 Trabalho em Saúde e Capitalismo Contemporâneo	76
2.4 Trabalho em Saúde: discutindo o Cuidado em saúde	82
CAPÍTULO III - SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO EM SAÚDE	92
3.1. Serviço Social e Saúde	92
3.2. As Especificidades do Serviço Social no Trabalho em Saúde	109
CAPÍTULO IV - O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA	119
4.1 O perfil dos sujeitos da pesquisa	119
4.2 Os pilares do trabalho do assistente social na APS	127
4.2.1 O Objeto do trabalho profissional	127
4.2.2 Objetivo do trabalho profissional	130
4.2.3. Instrumentos do trabalho profissional	132
4.2.3.1. Linguagem	133
4.2.3.2. Entrevista	139
4.2.3.3 Trabalho com grupos	141
4.2.3.4 Visita Domiciliar	143
4.2.3.5 Documentação	145
4.2.4. Resultados do trabalho profissional	148
4.3 A atuação dos assistentes sociais na APS	149
4.3.1 Competências e atribuições do assistente social na APS em Juiz de Fora	150

4.3.2. Organização do trabalho	156
4.3.3 Autonomia profissional	164
4.3.4 Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento do trabalho profissional	167
CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	180
APÊNDICES	196
ANEXOS	198

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão que atua sobre as manifestações da questão social. Por ser histórico, está intimamente relacionado às transformações da sociedade.

O Serviço Social, desde 1997, é considerado pelo Conselho Nacional de Saúde como profissão de sua área, com atuação concentrada, prioritariamente, nas ações de caráter emergencial, de educação e de informação em saúde, de planejamento e assessoria, e de mobilização de comunidade (COSTA, 2000). Essas ações são determinadas pela concepção ampliada de saúde e pelas condições objetivas da população usuária dos serviços.

O profissional de Serviço Social – assistente social - atua na produção e reprodução da vida material e social, a partir de sua inserção em processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sócio-políticas da sociedade capitalista e tem por compromisso decifrar a realidade e construir propostas de trabalho que sejam capazes de preservar e efetivar direitos (IAMAMOTO, 2001).

Desse modo, o profissional de Serviço Social se insere no processo de trabalho em saúde, ao buscar a articulação do sistema de saúde com as políticas sociais que incidem sobre as condições de vida da população, articulação essa que tem por objetivo refletir sobre a relação entre as condições de vida e o processo saúde/doença.

O trabalho em saúde, por fazer parte do setor de serviços e ser compreendido como um trabalho que se efetiva no momento do encontro entre trabalhador e usuário, apresenta peculiaridades. E o assistente social, inserido nesse processo, se apresenta como profissional que tem uma intervenção de natureza essencialmente política.

Mioto & Nogueira (2006, p. 282) ressaltam que, por estar o assistente social situado no processo de trabalho coletivo em saúde, pautado na lógica dos direitos e da cidadania, a organização do seu trabalho “abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização dos direitos”.

As suas ações são operacionalizadas, como cita Costa (2000), através de levantamento de dados que irão caracterizar e identificar as condições socioeconômicas do usuário, interpretação de normas e rotinas de forma educativa, com a realização de orientações e encaminhamentos de modo individual e coletivo, agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial e desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político.

Para suporte do exercício profissional tem-se o Código de Ética Profissional (CEP) de 1993, que preconiza ampliação e consolidação da cidadania, compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, empenho na eliminação das formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças, entre outras recomendações. Tem-se ainda a Lei n 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão e estabelece as competências e atribuições do trabalho do assistente social.

O assistente social é um profissional que está tanto em contato direto e cotidiano com as questões da saúde pública e coletiva, da criança, do adolescente e da terceira idade, quanto de violência, de habitação, de educação e de lazer. Registra, analisa e avalia de que modo essas questões são vivenciadas pelos sujeitos e constrói um acervo privilegiado de dados e informações sobre as formas de manifestação das problemáticas cotidianas, tanto em nível individual, como coletivo (IAMAMOTO, 2001).

Esse empreendimento não é de fácil realização, uma vez que a população usuária dos serviços públicos de saúde se encontra imersa num conjunto de problemas sociais que torna mais tênue o limite entre as desigualdades sociais e a doença. E o próprio processo de adoecer também possui determinações sociais, já que existem “fatores sócio-políticos, econômicos e culturais que pesam no engendramento das doenças” (MARTINELLI, 2002, p. 4).

Costa (2000) aponta que essa profissão se legitima no interior do processo coletivo do trabalho em saúde “pelo avesso”, por se afirmar nas contradições da política de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). A objetivação do trabalho passa rotineiramente pela implementação de alternativas para se enfrentar os problemas de atendimento ao usuário, de atendimento de algumas necessidades mediatas e imediatas não contempladas pelo SUS e de atuação, sempre que houver limitações ou impedimentos socioeconômicos, culturais ou institucionais ao desenvolvimento dos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento.

Tal contexto requer desse profissional competência teórica, analítica e prática, para que seja possível fortalecer o caráter público da saúde e contribuir para a consolidação do SUS.

A partir dessas reflexões, este estudo tem como proposta analisar o trabalho do assistente social na saúde a partir de sua inserção na Atenção Primária à Saúde (APS), com a finalidade de compreender as especificidades do trabalho profissional nesse nível de atenção.

Inserida no SUS, a APS é uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde que possui uma forma característica de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos existentes no sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da

população, com implicações na sua articulação com os outros serviços de saúde (MENDES, 2000 *apud* MENDES, 2002).

Na APS, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal resposta que os órgãos governamentais têm oferecido à crise do modelo assistencial tradicional. Seu objetivo é a reorganização da prática em novas bases, em substituição ao modelo tradicional orientado para a cura de doenças e para hospitalização. Portanto, o PSF é considerado como um território dos fazeres, que tem como possibilidade a produção de um Cuidado em Saúde numa perspectiva cuidadora (FRANCO & MERHY, 2005).

O PSF surge como um território do Cuidado em Saúde (FRANCO & MERHY, 2005), uma vez que é um recurso estratégico para ampliação do acesso aos serviços de saúde e para o exercício da universalidade, acessibilidade, equidade e integralidade no SUS. O PSF está baseado em uma visão ampliada do processo saúde-doença. Essa visão, por ser abrangente, ultrapassa as concepções biologizantes e curativas dos problemas de saúde, e direciona o foco de sua atuação para o usuário, sua família e a realidade em que vivem.

Torna-se oportuno ressaltar também, de acordo com Franco & Merhy (2005), que o trabalho nos estabelecimentos de saúde, dentre eles o desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) é tradicionalmente organizado de forma parcelada, verticalizada, com o médico no centro do processo de atendimento ao usuário. O trabalho fragmentado, superespecializado, centrado em um único saber, nos procedimentos e exames, dificulta a interação dos trabalhadores com o seu próprio trabalho, com seus pares e com os usuários. Esses elementos trazem dificuldades e desafios para a realização de um trabalho centrado nas necessidades dos usuários e na produção de um Cuidado em saúde com objetivo Cuidador.

Em Juiz de Fora/Minas Gerais (JF/MG), município selecionado para este estudo, a APS é organizada de forma diversificada em relação às equipes de saúde e aos serviços disponibilizados aos usuários. As UBS's são divididas entre Unidades Tradicionais e Unidades com Programa Saúde da Família. Do total, três UBS's com PSF comportam o Programa de Residência em Saúde da Família (RESF).

Destaco que o Programa de Residência oferecido pelo Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NATES/UFJF) em parceria com o Ministério da Saúde (para médicos, enfermeiros e assistentes sociais), se torna importante neste contexto. Por se tratar de um espaço de trocas profissionais, esse programa busca, através de uma proposta interdisciplinar, a intervenção na educação sanitária a partir de soluções criativas, construtivas, propositivas e adequadas às demandas colocadas ao serviço para a efetivação dos princípios do SUS.

Em especial, devido ao objeto deste estudo, enfatizo que a experiência de formação continuada no Serviço Social, como é o caso dos Programas de Residência, vêm representando a possibilidade de preencher alguns vazios da formação do profissional, tais como: a reflexão sobre as relações do Estado, a política de saúde e a inserção dos assistentes sociais na área da saúde. Soma-se a esse objetivo a possibilidade de trânsito do Serviço Social por um conjunto de disciplinas, mobilidade essa que facilita a absorção de alternativas teórico-práticas que ultrapassam os limites da especialização tradicionalmente restrita à área da saúde; e a possibilidade de suscitar reflexões acerca do trabalho em saúde (STEPHAN-SOUZA et al, 2001).

A Residência é justamente esse espaço de aprendizagem em que o Serviço Social, ao mesmo tempo em que se fundamenta nos conhecimentos predominantes na saúde, também apresenta ao conjunto das profissões desta área as concepções oriundas da compreensão social e política referente à saúde. Desse modo, mediatiza dois conhecimentos que, além de produzirem um benefício mútuo, diretamente contribuem para qualificar a assistência nos serviços, com respostas diretas sobre as necessidades trazidas pela população (STEPHAN-SOUZA et al, 2001, p. 61).

A construção deste estudo é fruto da minha trajetória na área da saúde que perpassa pela inserção no Programa de Residência da Faculdade de Serviço Social (FSS) junto ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Essa trajetória me possibilitou vivenciar o exercício profissional do Serviço Social em diversos âmbitos (setor primário, secundário e terciário) e de diversas formas (atividades individuais, em grupo, multi e interdisciplinares); como também me instigaram a reavaliar e repensar o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais.

A inserção no Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva no ano de 2005 propiciou-me o aprofundamento dessas discussões a partir das disciplinas de Processo de Trabalho em Saúde, Saúde e Sociedade, e Educação e Promoção da Saúde. Tais disciplinas abordaram, de um modo geral, as concepções e práticas em saúde. Essas abordagens me deram aporte para o tema da minha monografia de conclusão de curso: O Serviço Social e o Cuidado em Saúde: uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais do HU/UFJF.

Posteriormente, no ano de 2006, ao realizar a Especialização em Serviço Social em Oncologia, no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, mais uma vez, tive a oportunidade de refletir sobre o trabalho do Serviço Social na área da saúde. As discussões se

pautaram por um referencial teórico que contemplava os eixos do Estado, da questão social, das políticas sociais e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

A partir dessas inserções profissionais, das discussões teóricas realizadas nos cursos de especialização e da construção de algumas reflexões que culminaram na elaboração de estudos, surgiu a demanda de ampliação do meu olhar sobre o trabalho do assistente social na saúde.

Para a construção deste estudo, foi significativa a minha inserção no PSF durante a Residência, a qual me permitiu, de forma mais clara, visualizar a APS como um campo de trabalho que requer um profissional qualificado para atender às necessidades de saúde dos usuários. Passei a entender que um trabalho desenvolvido de forma diferenciada nesse nível de atenção pode significar uma alteração do modo como o usuário compreende o seu processo saúde/doença.

Tomando como referência que o trabalho do assistente social na saúde tem a responsabilidade ética de preservar a qualidade dos serviços prestados à população; e considerando que a APS é um espaço preferencial do primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde através de uma lógica centrada na relação estabelecida entre trabalhador-usuário, foram levantados os questionamentos seguintes: Como o assistente social tem desenvolvido o seu trabalho na APS? O trabalho vem sendo desenvolvido de forma tecnicista ou cuidadora? O profissional de Serviço Social tem clareza dos objetivos do seu trabalho nesse nível de atenção? O assistente social conhece os produtos de seu trabalho?

Novos questionamentos foram agregados àqueles já elencados, quando ingressei no Programa de Mestrado da Faculdade de Serviço Social da UFJF, e me inseri no grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Gestão e Cidadania”, e no desenvolvimento da pesquisa: “A integralidade na atenção primária do município de Juiz de Fora (JF): as variações de aplicabilidade do modelo tecno - assistencial na operacionalização do SUS”. Em consequência, tornou-se ainda mais instigante a realização de um estudo sobre o trabalho do Serviço Social na APS.

A referida investigação constitui-se, desse modo, em um produto da pesquisa sobre integralidade na APS em Juiz de Fora e tem por objetivo realizar uma reflexão sobre o trabalho do assistente social na APS nesse município.

A experiência da docência na FSS/UFJF também me proporcionou um maior amadurecimento teórico, uma vez que minhas atividades acadêmicas estão voltadas para o “ensino do exercício profissional”. O movimento diário de reflexão sobre o trabalho

profissional, a partir da docência, permitiu-me elaborar, de forma mais qualificada, as questões que aqui apresento.

Refletir sobre o trabalho do assistente social inserido no processo de trabalho em saúde requer pensar, tanto no significado da categoria trabalho e em suas transformações contemporâneas, quanto no trabalho em saúde dentro desse contexto, assim como na própria análise da profissão a partir desses determinantes. Neste estudo, significa também pensar, de forma específica, como esse trabalho é desenvolvido na APS.

Ressalto ainda, que o desvelamento do trabalho do assistente social terá como foco sua inserção no trabalho em saúde, especificamente na esfera pública-municipal em Juiz de Fora.

No desenvolvimento da pesquisa, parti do entendimento da metodologia como o caminho e o instrumental próprio da abordagem da realidade, ou seja, como parte fundamental da visão social de mundo propagada na teoria. A metodologia abrange as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que permitem a apreensão da realidade, e a potencialidade criativa do pesquisador (MINAYO, 1998).

Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a ciência e a metodologia caminham juntas, intrincavelmente engajadas. Por sua vez, o conjunto de técnicas constitui um instrumental secundário em relação à teoria, mas importante enquanto cuidado metódico de trabalho. Eles encaminham para a prática as questões formuladas abstratamente.

(...) Se a teoria, se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante. Elas podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte (MINAYO, 1998, p. 23).

A realidade, por sua vez, foi compreendida como um todo que abrange um conjunto de relações, fatos e processos articulados à sua própria criação, estrutura e gênese.

(...) um conjunto de fatos, de elementos simplíssimos e até mesmo inderiváveis, disto resulta, em primeiro lugar, que a concreticidade é a totalidade de todos os fatos; e em segundo lugar que a realidade, na sua concreticidade, é essencialmente incognoscível, pois é possível acrescentar, a cada fenômeno, ulteriores facetas e aspectos, fatos esquecidos ou ainda não descobertos, e mediante este infinito acrescentamento é possível demonstrar a abstratividade e a não concreticidade do conhecimento (KOSIK, 1976, p. 35).

Como uma totalidade concreta, a realidade envolve um todo estruturado em desenvolvimento e em autocriação; e os fatos só são conhecimentos da realidade, se entendidos como pertencentes a um todo dialético. A totalidade, então, significa realidade

como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer pode vir a ser racionalmente compreendido.

Dessa forma, para que a realidade social possa ser conhecida em sua totalidade concreta, o homem não deve ser considerado como objeto, mas deve ser reconhecido como sujeito social.

O conhecimento perpassa assim, pela união do fenomenal e do essencial que devem estar intimamente e objetivamente ligados. “A análise quebra e separa a totalidade, que devemos em seguida reencontrar” (LEFEBVRE, 1970, p. 42). Essa união de aspectos contraditórios não deve dissimular a própria unidade, pois ambos fazem parte da totalidade.

Saliento que todo estudo que tem por base o real é norteado por um arcabouço teórico que delinea a escolha do objeto, os caminhos metodológicos e resultados teóricos e práticos. Por isso, nenhuma pesquisa pode ser considerada neutra.

A pesquisa a ser realizada tem por objeto “o trabalho do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG”. Por entender que, quando estamos falando de saúde ou doença, essas categorias “trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 1998, p. 22), optei pela utilização da abordagem qualitativa para a aproximação com o objeto de estudo.

A abordagem qualitativa é apreendida como uma representação abstrata dos fenômenos, uma argumentação explicativa incapaz de reproduzi-los, mas que busca representá-los. Não tem, portanto, como pretensão a compreensão total e completa sobre a realidade, mas uma aproximação desse real.

Este tipo de abordagem, de acordo com a percepção dos sujeitos pesquisados (DESLANDES & ASSIS, 2002), partilha da premissa epistêmica de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre sujeito e objeto; que ocorre um vínculo inseparável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos; e que envolve a observação de situações reais e cotidianas, o trabalho na construção não estruturada dos dados, e a busca pelo significado de fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

A saúde é um campo que está conexo com a realidade social, e sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas do saber teórico e prático que envolvem as considerações sobre saúde e doença, as instituições, a constituição dos serviços e seus usuários. Por estar inserida em uma realidade complexa, a saúde requer uma abordagem dialética que compreenda para transformar, e que sua prática seja repensada permanentemente (MINAYO, 1998).

De acordo com a citada autora, é a dialética marxista que abrange o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito e as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas (e seus significados) dos sujeitos sociais. Ao abarcar a qualidade dos fatos e das relações sociais como suas propriedades inerentes, possui os princípios da especificidade histórica e da totalidade como potencialidade que permite apreender e analisar os acontecimentos, as relações e cada momento como etapa de um processo, ou seja, como parte de um todo.

A metodologia dialética, como uma opção de abordagem, privilegia a contradição e o conflito, o fenômeno da transição e da mudança, o movimento histórico, a totalidade, e a unidade dos contrários.

Ainda de acordo com Minayo (1998), na abordagem da questão saúde/doença do ponto de vista marxista, esses fenômenos são postos em relação com a totalidade social concreta e com as instâncias existentes na especificidade histórica de sua manifestação. São, portanto, tratados como um processo fundamentado na base material de sua produção relacionado com as características biológicas e culturais com que se manifestam.

A autora (1998, p. 82-83) ressalta ainda que, considerando esse quadro de totalidade, os conceitos-chaves para o conhecimento da saúde perpassam pelo:

(a) Processo de trabalho como *locus* privilegiado das relações de produção e reprodução dessas relações, visto como matriz de formação sócio-econômica, política e ideológica e, portanto, de luta de classe, de dominação e de resistência, que abrange a totalidade das relações antagônicas entre capital e trabalho no interior do processo produtivo.

(b) Condições gerais de produção na relação imediata entre o processo de produção e a estrutura social e política onde se dá a organização do espaço, a distribuição da riqueza, dos equipamentos de vida urbana e social, isto é, as condições de vida e a intervenção do Estado.

Respalhada em Minayo (1998), considero a abordagem dialética como aquela que, quando se trata de fatos referentes à saúde, abrange a historicidade dos fenômenos, sua localização no modo de produção (que é a totalidade maior), incorpora a cultura como sendo de classe e as representações sociais como expressões do lugar e das condições sociais de vida e de trabalho dos sujeitos em questão, por compreender o caráter contraditório, conflitante e totalizante das relações sociais.

A operacionalização desta pesquisa que tem como objetivo analisar o trabalho desenvolvido por assistentes sociais na APS em Juiz de Fora no que concerne à sua organização e desenvolvimento, ao seu objeto, objetivos e instrumentos, e às condições de trabalho, deu-se a partir de caminhos ou etapas que se complementaram e se articularam

durante todo o processo de construção da pesquisa, sem se constituírem em etapas fixas ou imutáveis.

O delineamento do objeto de estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico sobre a discussão em torno da APS no Brasil e em Juiz de Fora, do trabalho e do cuidado em saúde, e em torno do Serviço Social e sua inserção na saúde. Ressalto que o levantamento e a análise bibliográfica ocorreram durante todo o processo de construção da pesquisa.

Por entender que a construção de uma investigação se inicia na definição de seu objeto, e que para tal é necessário debruçar sobre as referências teóricas já produzidas sobre o assunto, revisei as elaborações de diversos autores que contribuíram para a definição do objeto de estudo da pesquisa e para uma ampliação da reflexão teórico-conceitual e analítica.

O substrato teórico utilizado para a análise crítica da bibliografia, como também da realidade na qual se situa a pesquisa, foi a teoria social crítica de Marx, por entender que esta nos permite analisar a reprodução das relações sociais na sociedade capitalista como reprodução da totalidade concreta desta sociedade, em seu movimento e suas contradições (IAMAMOTO, 2006).

O cenário do estudo são nove UBS's do município de Juiz de Fora. A cidade possui sessenta e quatro Unidades. Do total, cinquenta e duas se localizam na zona urbana (quarenta e duas com PSF e dez tradicionais) e treze situam na zona rural (três possuem PSF e nove operam tradicionalmente, além de uma Unidade volante)¹. Neste estudo, trabalho com nove UBS's. A definição deste número a ser pesquisado ocorreu devido à intenção de abarcar os diferentes tipos de UBS's existentes no município.

Lembro que, oficialmente, no município de JF a divisão entre as UBS's ocorre entre aquelas que seguem o modelo tradicional de atenção à saúde e aquelas que possuem o PSF. Porém, neste trabalho, optei por discriminar as unidades com o RESF por considerar que o Programa confere um diferencial às UBS's com uma proposta que objetiva o trabalho em equipe e a busca pelo Cuidado em Saúde. Como existem três Unidades de Saúde que abrigam o RESF, julguei ser importante manter a proporcionalidade com as outras modalidades de UBS's.

Essa colocação possibilita a realização de um primeiro apontamento no que se refere a uma possível diferenciação referente à intervenção do Serviço Social nas UBS's que possuem o RESF, uma vez que os profissionais que se inserem nesse espaço possuem contato direto

¹ Dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Juiz de Fora em 29/09/08 (Anexo A).

com as discussões realizadas pela academia e com as propostas de consolidação de uma atenção à saúde que parta das necessidades dos usuários, e efetive o conceito ampliado de saúde.

Assim, um dos tipos de UBS's – as UBS's com PSF e RESF - já estava previamente delimitado. Para a seleção das outras (tradicional e com PSF), foram utilizados como critérios a localização na região sanitária de Juiz de Fora² e a presença do assistente social nas equipes de saúde.

Esses critérios permitiram definir como cenário da investigação as UBS's:

- a) UBS's Tradicional - Nossa Senhora das Graças, São Pedro e Dom Bosco;
- b) UBS's PSF - Teixeiras, São Judas Tadeu e Santo Antônio;
- c) UBS's PSF e RESF - Progresso, Santa Rita e Parque Guarani.

Ao selecionar as UBS's comecei também a definir os sujeitos da investigação. Como nas Unidades Tradicionais e com PSF há somente um assistente social, já havia definido de antemão os sujeitos que iriam contribuir com o estudo. Nas UBS's com Residência o número de profissionais é bem superior, posto que em duas há quatro assistentes sociais residentes, e em outra cinco assistentes sociais residentes, além do profissional da rede. Como estas Unidades possuem um número diferenciado de profissionais, entendi que deveria fazer uma seleção e trabalhar com somente um assistente social. O objetivo foi manter uma proporcionalidade em relação às demais UBS's.

Considerando que os profissionais da rede estão lotados continuamente na APS possuindo assim, uma reflexão mais apurada do trabalho do Serviço Social na área, optei por trabalhar com estes profissionais e descartar os Residentes.

O instrumento utilizado para a abordagem junto aos profissionais foi a entrevista semi-estruturada que partiu de questionamentos básicos, sustentados em um aporte teórico e em indagações levantadas durante o processo de construção da pesquisa, como resultado “não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas, também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno que interessa” (NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS, 2004, p.50).

O roteiro para entrevista semi-estruturada foi utilizado como um instrumento facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação durante a entrevista (MINAYO, 1998). Foram formuladas questões que contemplaram o trabalho desenvolvido pelos profissionais no que tange ao objetivo, objeto e instrumentos do trabalho profissional na

² O município possui oito regiões administrativas: norte, sudeste, leste, nordeste, oeste, centro, sul e zona rural, englobando doze regiões sanitárias.

APS, às condições de trabalho e ao seu desenvolvimento, ao trabalho em equipe, ao cuidado em saúde, e à interface entre trabalho profissional e Política de saúde.

A entrevista foi concebida nesta pesquisa como uma técnica caracterizada por uma comunicação verbal que ressalta a importância da linguagem e do significado da fala, com o propósito de coletar dados objetivos e subjetivos dos sujeitos da pesquisa que vivenciam a realidade a ser estudada (MINAYO, 1994).

Durante a entrevista foi dada atenção para os aspectos não-verbais como gestos, expressões, hesitações, alterações de ritmo, que perpassam o processo da entrevista. Esses aspectos são importantes para a compreensão e análise daquilo que foi comunicado verbalmente.

Para verificação da adequação do roteiro da entrevista foram realizados pré-testes para identificar possíveis falhas ou necessidade de reformulação do roteiro. O pré-teste apontou a necessidade de explicações mais claras sobre os temas a serem abordados, como também a necessidade de diminuir a extensão do roteiro.

De acordo com Souza et al (2005, p.137), modificações nos roteiros não podem ser consideradas uma preocupação, pois na pesquisa qualitativa “não se quantificam respostas e sim, busca-se o ponto de vista dos entrevistados a respeito dos temas em questão”. A unidade de significação, nesse tipo de pesquisa, é construída por significados que perfilam uma lógica própria do grupo, ou pode conter também múltiplos significados.

Para a concretização das entrevistas, foi realizado contato telefônico com os assistentes sociais selecionados, momento em que foram convidados a contribuir com o estudo, após ser apresentado o conteúdo e os objetivos da pesquisa.

A partir da disponibilidade dos profissionais, as entrevistas foram agendadas e ocorreram no período de junho a setembro de 2008. A realização da pesquisa foi autorizada através do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), o qual afirma os direitos do entrevistado e resguarda o seu anonimato.

As entrevistas foram registradas com o auxílio de gravador, e seu conteúdo transcrito após a finalização de cada entrevista. As fitas ficam sob a responsabilidade do pesquisador e serão inutilizadas depois de 5 anos do término da pesquisa. Após a análise dos dados coletados, o material transcrito foi desprezado.

Os dados coletados foram organizados em categorias semelhantes, e analisados tomando-se por base o referencial teórico deste trabalho, com o objetivo de refletir e discutir sobre o trabalho dos assistentes sociais nas UBS's Juiz de Fora/MG que constituem o universo da pesquisa. A análise do material foi realizada durante todo o processo da

investigação, na medida em que os dados foram revelando aspectos inerentes ao objeto da pesquisa.

A classificação dos dados acompanhou a proposta de Minayo (1998), que observa que aquela é realizada a partir do material coletado e tem por embasamento o referencial teórico utilizado no estudo. Essa proposta possui as seguintes fases: a primeira perpassa pela leitura exaustiva e repetida das entrevistas de forma crítica, com o intuito de estabelecer categorias empíricas que devem ser confrontadas com as de análise³. No nosso caso, a categoria principal de análise é o “trabalho” e suas determinações.

A segunda fase é composta pela constituição de um “corpus” de comunicação (MINAYO, 1998). Nesse momento, a entrevista é recortada por temas pertinentes ao estudo (como por exemplo, objeto, objetivos e instrumentos do trabalho do assistente social na APS), que são, de forma cuidadosa, separados e guardados.

Posteriormente, foi realizado um enxugamento da classificação por temas, a partir da relevância constatada durante a análise das entrevistas, sendo considerado aqueles que surgiram como categorias que foram ressaltadas pelos entrevistados.

Num quarto momento, foi realizado o reagrupamento das categorias estabelecidas na segunda e terceira fases, compondo assim, aquelas que serão as categorias centrais de análise submetidas à interpretação.

A interpretação dos dados teve por base o método dialético onde se destaca que o consenso não existe e que não há ponto de chegada no processo de produção do conhecimento, e ainda que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta (MINAYO, 1994).

Deslandes & Gomes (2004) assinalam que a interpretação dos dados não se volta, por exemplo, ao modo como determinado profissional atende ao usuário, mas ao modo como o profissional interpreta a forma de atender, e as lógicas culturais e institucionais que dão sentido à sua ação.

Assim, a interpretação qualitativa é processada através de recortes, sendo a leitura da realidade embasada por um aporte teórico que orienta a leitura do pesquisador em relação às falas dos sujeitos entrevistados. Salienta-se que o pesquisador nunca abrangerá tudo o que é expresso ou escondido nas falas e práticas dos profissionais.

³ As categorias analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e aproximação. As categorias empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (...). Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 1998, p. 94).

O exercício da interpretação requer um compromisso ético de fidelidade às experiências cotidianas que estão presentes nas relações face a face, na medida em que os indivíduos possuem interesses, concebem e realizam planos. Contudo, este exercício “necessita fundamentalmente do labor criativo do pesquisador para conectar situações concretas, falas e práticas a certa perspectiva explicativa, que situe essas manifestações singulares a uma determinada estrutura, práxis ou lógica social” (DESLANDES & GOMES, 2004, p. 110).

É necessário registrar que esta dissertação, por estar inserida na pesquisa: “A integralidade na atenção primária do município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo tecno - assistencial na operacionalização do SUS”, foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF (CEP/UFJF), sob autorização do parecer 280/2006, emitido em 24/11/2006.

A apresentação da dissertação foi organizada em quatro capítulos. No primeiro, serão apresentadas as discussões acerca da APS e o contexto desta em JF.

Na edificação desse capítulo constatei haver uma bibliografia satisfatória sobre a discussão da APS no Brasil. Assim, foram recuperadas as reflexões de Starfield (1992) sobre a APS; Mendes (2002) e sua compreensão sobre a APS como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde; Silva Junior (1998) e Franco e Merhy (2003) sobre o desenvolvimento da APS no Brasil.

Porém, me deparei com algumas dificuldades para aquisição de material referente a este nível de atenção em Juiz de Fora. Como recurso para complementar e atualizar o quadro da APS no município - apresentado principalmente por Farah (2006) -, utilizei a avaliação que os sujeitos da pesquisa realizaram sobre a política municipal para a APS.

O segundo Capítulo abarca as reflexões referentes ao trabalho em saúde na contemporaneidade. No decorrer da construção deste trabalho apresentaram-se alguns desafios teóricos no que se refere ao trabalho em saúde e aos diferentes caminhos utilizados para sua análise. Diante de tal desafio, optei por realizar uma revisão bibliográfica que tivesse por base produções que trazem a discussão do trabalho em saúde pautada na noção clássica de trabalho, e também a discussão que abrange a produção do Cuidado em Saúde. Apresento, em conseqüência, contribuições contemporâneas que contemplam meus anseios teóricos para a discussão da temática.

Os autores consultados para a construção desse Capítulo foram: Marx (2001); Antunes (2002, 2005) e seu entendimento sobre a centralidade do trabalho na contemporaneidade; Pires (1998), Schraiber (1997, 1999) & Peduzzi (2002) com a apreensão do trabalho em saúde

como um trabalho essencial para a vida dos homens, sendo parte do setor de serviços e situado na esfera da produção não material; Merhy (1997, 2002, 2004) e suas discussões em torno do trabalho em saúde e sua micropolítica.

O terceiro Capítulo traz a relação entre Serviço Social e o trabalho em saúde. O objetivo inicial deste estudo era realizar uma discussão sobre o trabalho do Serviço Social na saúde que não abrangesse somente seu valor de uso⁴, mas também seu valor de troca⁵ numa esfera determinada que é a pública-municipal. Porém, no percorrer do trabalho constatei que as produções teóricas utilizadas como arcabouço do estudo, e o instrumento utilizado para a coleta de dados não me proporcionava a possibilidade de extravasar o campo da percepção do trabalho profissional para além do seu valor de uso.

Apesar desta constatação, ressalto que optei por realizar uma discussão que tivesse por direcionamento uma análise do trabalho do Serviço Social em suas diversas dimensões, mesmo que não fossem contempladas na pesquisa de campo, com o intuito de fomentar a necessidade de tal discussão.

Desta forma, no âmbito do debate do Serviço Social, apresento a utilização de Yamamoto (1999, 2000, 2001, 2002, 2006, 2007) e o entendimento do Serviço Social como trabalho, e como uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho; Bravo (1996, 2006) e a abordagem sobre o Serviço Social em sua interface com a área da saúde; Costa (2000), Miotto & Nogueira (2006), Vasconcelos (2002; 2006) e a discussão sobre a inserção do assistente social no SUS.

Para finalizar, no Capítulo quatro, foi realizada uma análise do trabalho do Serviço Social na APS em Juiz de Fora englobando questões referentes ao perfil dos sujeitos da pesquisa, à organização e aos pilares que fomentam o trabalho do assistente social; ao objeto, objetivos, instrumentos e resultados; e à forma de inserção dos profissionais na APS.

Para embasamento dos dados coletados foi retomada a base teórica utilizada nos capítulos I, II e III. Destaco que houve necessidade de utilização de outros aportes pelo fato de terem surgido, ao longo da coleta de dados, questões antes não contempladas no referencial teórico.

⁴ O valor de uso da força de trabalho tem a qualidade de ser fonte de valor, ou seja, seu consumo é, ao mesmo tempo, materialização de trabalho, portanto, criação de valor. As mercadorias possuem valor de uso quando são socialmente necessárias e úteis.

⁵ Um bem terá valor de troca quando ele pode ser trocado por outro ou por dinheiro. A relação determinada segundo a qual eles são trocáveis constitui seu valor de troca, ou expresso em dinheiro, seu preço. Sua utilidade para a sociedade é o que irá lhe permitir ter valor de troca.

Espero com este trabalho trazer à tona uma reflexão sobre o trabalho dos assistentes sociais na APS, e especificamente em Juiz de Fora, e contribuir para as reflexões acerca da intervenção do Serviço Social na área da saúde. Apesar dos desafios postos pela conjuntura adversa à consolidação e à expansão de direitos sociais, marcada pelo ideário neoliberal e pelo capitalismo financeiro, o profissional de Serviço Social é cotidianamente desafiado a buscar alternativas competentes e criativas, explorando as possibilidades existentes na realidade e fortalecendo o caráter democrático dos serviços públicos de saúde (CASTRO et al, 2007).

CAPÍTULO I

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é concebida como uma estratégia de organização do sistema de saúde que funciona como porta de entrada dos serviços e deve ter como base a integralidade, a continuidade da atenção, o trabalho em equipe, a focalização na família e a orientação comunitária (MENDES, 2002).

A partir dessa compreensão, o presente capítulo foi construído com a perspectiva de abranger as questões referentes ao desenvolvimento da APS, e suas especificidades no contexto brasileiro, como também de realizar uma articulação entre as legislações que respaldam a APS no Brasil e os autores que abordam essa temática.

Destaco ainda as particularidades da APS na cidade de Juiz de Fora, uma vez que as UBS's deste município são o *locus* da pesquisa de campo realizada.

1.1 O Desenvolvimento da Saúde Pública e a Atenção Primária à Saúde

A APS tem suas raízes no movimento de Medicina Preventiva, desenvolvido na década de 1940, e no projeto da Medicina Comunitária, desenvolvido nos anos 1960 (VIANA & FAUSTO, 2005).

Na década de 1940, no cenário mundial, diversos países, principalmente na Europa, passavam por um crescimento econômico gerado pelos elevados ganhos de produtividade e pelo avanço tecnológico da indústria, o que propiciava um ambiente favorável a novos investimentos, e criava a possibilidade de ampliarem a atuação das políticas sociais através da formação do Welfare State ou Estado de Bem Estar Social (EBES) ⁶.

Na área da saúde, a medicina preventiva surgia com a proposta de formar uma assistência médica específica na fase inicial de atenção à saúde da população, que deveria ser

⁶ O EBES é designado como um tipo específico de intervenção estatal na área social ocorrido na Europa no pós-guerra. Configura-se como um regime de proteção social que introduz políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais, e está inserido no contexto mais amplo de uma etapa específica do desenvolvimento capitalista e de ampliação do Estado do seu campo de intervenção. Na raiz do seu surgimento encontram-se a expansão do emprego, a incorporação dos ganhos de produtividade nos salários, o aumento do consumo de massas, a legitimação da intervenção do Estado através da teoria política Keynesiana e o crescimento da capacidade administrativa do Estado. O EBES é classificado a partir dos critérios: qualidade dos direitos sociais, padrões de estratificação e a relação entre Estado, mercado e família (ESPING-ANDERSEN, 1991).

realizada próxima ao ambiente sociocultural dos indivíduos e suas famílias. Estes seriam considerados em suas relações sociais e culturais, ou seja, em sua realidade. Respaldava-se, desse modo, uma intervenção voltada para a prevenção e controle do adoecimento (VIANA & FAUSTO, 2005).

A partir dessa proposta, formou-se uma cultura relacionada aos diferentes momentos da atenção à saúde, onde a atenção primária se situaria no primeiro nível do cuidado, organizando e definindo os cuidados que deveriam ser prestados pelos níveis de atenção com maior complexidade. “Esta concepção foi fundamental para formar a base das práticas de APS, ao conjugar duas questões essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias” (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 45).

À época, o financiamento da saúde contava com recursos do Estado e sofria a pressão do modelo técnico-assistencial médico- hegemônico centrado na especialização, em procedimentos, nos hospitais, na alta tecnologia e nos fármacos, seguindo as diretrizes do desenvolvimento tecnológico na área e da acumulação de capital.

O modelo médico-hegemônico ou procedimento-centrado tem sua afirmação no Relatório Flexner publicado em 1910 pela Fundação Carnegie, que consolida o paradigma flexneriano de atenção à saúde. Este se fundamenta em biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Pode ser descrito como tratamento, cura e recuperação da doença, de forma pura e simples (MENDES, 1998).

Esse modelo tem ainda como principal compromisso a assistência à saúde pautada na produção de procedimentos, para secundariamente traçar um comprometimento com as necessidades dos usuários. “A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associadas à crescente medicalização da sociedade” (FRANCO & MERHY, 2003, p. 73).

Neste mesmo período (década de 1940), surgiu um novo projeto de organização de serviços de saúde (FRANCO & MERHY, 2003) em contraposição à organização das ações de saúde baseada nas especializações e procedimentos. Esse projeto tinha por base o Relatório Dawson que se contrapunha ao Relatório Flexner, e tinha como proposta: a necessidade de intervenção do Estado na formulação e organização das políticas de saúde, a responsabilidade de serviços de saúde por ações de prevenção e terapêuticas em regiões determinadas, e a atuação de médicos generalistas sobre indivíduos e comunidades (SILVA JUNIOR, 1998).

O Relatório Dawson apresentava também uma formulação de organização dos serviços de saúde através de três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros

secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Essa proposta serviu como base para regionalização dos sistemas e serviços de saúde em todo mundo (MENDES, 2002).

De acordo com Silva Junior (1998) a proposta de Dawson foi implantada na Inglaterra com o Plano Beveridge⁷, assim como em países que tinham influência inglesa, como os africanos e asiáticos. Países socialistas também adotaram esse projeto, com vistas a uma assistência médica à população pautada no ideário do Estado como garantidor dessa atribuição.

A partir da década de 1960, influenciados por essa proposta, foram desenvolvidos nos EUA programas de Medicina Comunitária com o objetivo de realizar a inserção de grupos marginalizados, que faziam parte, do que Silva Junior (1998) apresentou como uma “guerra à pobreza” declarada por Universidades e agências governamentais.

As escolas de medicina divulgaram de forma ampla esses programas e trouxeram uma série de idéias e indicações relacionadas à APS.

A Medicina Comunitária tinha como propostas: valorização de ações coletivas de promoção e proteção à saúde voltada para a comunidade; resgate das características coletivas das práticas médicas; desconcentração de recursos; utilização de tecnologias adequadas; inclusão de práticas médicas alternativas; formação de equipes de saúde; e participação da comunidade. “Estas propostas foram amplamente disseminadas em vários países, tendo forte repercussão nos países mais pobres, posto que se transformaram em estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social” (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 45).

Apesar das mudanças, a Medicina Comunitária surgiu como uma prática complementar ao modelo médico-hegemônico, uma vez que apresentava o seguinte perfil: a comunidade era vista isoladamente de seu contexto social; o processo saúde-doença era analisado de forma a - histórico, reconhecendo apenas sua determinação natural (SILVA JUNIOR, 1998); e o processo de trabalho em saúde continuava centrado no médico e nas suas tecnologias próprias (FRANCO & MERHY, 2003).

A Medicina Comunitária, ao incluir contingentes populacionais antes excluídos do acesso à medicina, proporcionava também um fomento à acumulação de capitais pelo Estado, principalmente através da indústria da saúde (FRANCO & MERHY, 2003). Ocorria, ainda,

⁷ O Plano Beveridge foi publicado na Inglaterra no ano de 1942, tendo como proposta uma nova lógica de organização das políticas sociais: responsabilidade do Estado sobre a vida da população através da regulação da economia de mercado com o objetivo de fomentar o nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais e serviços sociais pessoais; formatação de uma rede de serviços de assistência social (BEHRING & BOSCHETTI, 2007).

uma separação entre a oferta de cuidados primários para os segmentos menos favorecidos da sociedade daquela oferecida aos que detêm maiores recursos financeiros que eram alvo da medicina flexneriana (SILVA JUNIOR, 1998).

Na década de 1970, com a recessão mundial provocada pela crise estrutural do capitalismo, verificou-se uma quebra no ciclo de desenvolvimento do capital. Ocorreu uma redução na arrecadação fiscal dos Estados o que dificultou o financiamento de seu desenvolvimento. Os gastos com as políticas sociais passaram a ser alvo de atenção dos governos. Diante deste quadro, o Welfare State foi atacado em sua raiz.

Franco & Merhy (2003) apontam que, na referida década, os governos passaram a conviver com uma contradição referente, tanto ao crescente déficit público que diminuía sua capacidade de financiamento, com repercussões na manutenção das políticas sociais, quanto à elevação dos custos dos serviços de saúde, que utilizavam uma nova base tecnológica pautada em maquinaria, fármacos e conhecimentos ainda mais especializados. Soma-se a este quadro a necessidade de o Estado dar respostas ao aumento da pobreza que, em períodos de crise, elevam a busca por saúde.

Saúde, no contexto de grandes crises, transforma-se em um dos grandes problemas vividos pela maioria da população, resultantes da má distribuição de renda, do desemprego, arrocho salarial, ingredientes de políticas exercidas pelos Estados, em ocasião de conjunturas econômicas recessivas (FRANCO & MERHY, 2003, p. 78).

É neste contexto que a Organização Mundial de Saúde convoca a Conferência Internacional de Alma-Ata (Cazaquistão) com o tema central os Cuidados Primários em Saúde. A Conferência aconteceu de 6 a 12 de setembro de 1978, e contou com a participação de 134 países e 67 organizações não-governamentais.

Avaliou-se nessa Conferência que a promoção e a proteção da saúde são condições primordiais para o progresso econômico e que contribuem para a qualidade de vida e a paz mundial. Os Cuidados Primários foram indicados como uma alternativa para as dificuldades do setor saúde e seu elevado custo.

As propostas surgidas na Conferência apontaram para uma lógica racionalizadora dos serviços de saúde, na medida em que se buscava responder aos investimentos necessários à assistência com menores custos possíveis.

Este cálculo é baseado em grande medida por uma determinada conjuntura de recessão econômica vivida pelo capitalismo. A lógica pensada é a de que os Estados não mais teriam recursos suficientes para continuar financiando os sistemas de saúde. Seria necessário, então, articular propostas

minimamente eficiente, de baixo custo, e capaz de ganhar a adesão entre os diversos segmentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência em saúde (FRANCO & MERHY, 2003, p. 80).

Assim, foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a meta global de “Saúde para todos no ano 2000”. Foram recomendadas algumas atividades e ações para o desenvolvimento dos Cuidados Primários: educação para saúde; prevenção de agravos; atendimento dos problemas de alimentação; saneamento básico e abastecimento de água saudável; combate as endemias locais; proteção materno-infantil; tratamento de doenças e traumas comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (FRANCO & MERHY, 2003; ALEIXO, 2002).

De acordo com a OMS, essas ações deveriam estar inseridas numa estrutura maior, formada pelo sistema nacional de saúde. A atenção primária seria o primeiro nível de contato da população com o sistema, ao contemplar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações deveriam também estabelecer uma cooperação entre os setores sociais e econômicos, redistribuir os recursos disponíveis em prol dos desassistidos, e permitir maior controle e participação da sociedade (FRANCO & MERHY, 2003; ALEIXO, 2002).

De uma forma geral, os Cuidados Primários à Saúde foram definidos na Conferência de Alma Ata como (UNICEF, 1979, p. 1 *apud* FAUSTO & MATTA, 2007, p. 46):

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Mendes (2002) ressalta que, quando a OMS propôs a agenda para operacionalização das metas estabelecidas na Conferência, os países industrializados já haviam conseguido alcançá-las. Por sua vez, os países em desenvolvimento estavam longe de atingi-las. Esse fato proporcionou problemas de conceituação, implementação e entendimento do significado da atenção primária à saúde.

Compartilhando dessa idéia, Viana & Fausto (2005) apontam que os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que envolviam as práticas em saúde conduziram à formação de interpretações e abordagens diferenciadas quanto ao significado e quanto à inserção da APS nos sistemas de saúde.

Para esses autores, algumas dessas interpretações e abordagens perpassavam pelo entendimento da atenção primária como um modelo de atenção voltado para atendimento das comunidades sem interação com os outros níveis do sistema de saúde; como somente para pobres ou para áreas rurais; ou como porta de entrada do sistema de saúde, entre outros.

Mendes (2002) aponta que, no bojo dessas diferenciações, existem três principais interpretações da atenção primária:

1) Atenção primária à saúde como atenção primária seletiva: concebida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, onde são utilizadas tecnologias simples e de custo baixo. Os trabalhadores possuem baixa qualificação profissional, e não há a referência para outros níveis de atenção à saúde.

2) Atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde: concebida como o modo de organizar e colocar em funcionamento a porta de entrada do sistema, dando-se ênfase na resolutividade dos problemas mais comuns de saúde, de forma a minimizar os custos econômicos, e satisfazer as demandas da população neste primeiro nível de atenção.

3) Atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde: concebida como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar os recursos do sistema, visando à satisfação das necessidades, demandas e representações da população. A atenção primária deve, necessariamente, estar situada dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Lago & Cruz (2001 *apud* ANDRADE et al, 2006) enfatizam que a APS não pode ser considerada: a) um nível de atenção sem importância ou um nível menos efetivo; b) não deve ser reduzida a utilização de pessoas para prestar uma atenção elementar; c) não deve ser vista como uma forma rudimentar de atenção, pautada em tecnologias que não incorporam os avanços da ciência e da técnica, para ser destinada aos pobres; d) não deve ser considerada um nível de atenção independente; e) não deve ser vista como exclusiva do setor saúde; f) não deve estar circunscrita apenas às especialidades médicas; g) não se restringe a um programa específico nem deve ser orientada por meio de pacotes básicos; h) não está restrita à atenção despendida por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Um correto entendimento da APS deve ser orientado por seus princípios ordenadores (MENDES, 2002; STARFIELD, 1992) que perpassam por:

- Primeiro contato: implica na acessibilidade e no uso de serviços devidos a um problema de saúde;

- Longitudinalidade: requer a existência de conhecimentos regulares de cuidados pela equipe de saúde que devem ser utilizados de forma consistente ao longo do tempo, propiciando a construção de um ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;

- Integralidade: exige a prestação de serviços que atendam às necessidades da população, responsabilização pela oferta de serviços nos outros níveis de atenção e reconhecimento da doença como sendo determinada por fatores biológicos, psicológicos e sociais;

- Coordenação: implica a garantia de continuidade da atenção, através do reconhecimento de problemas que requerem seguimento contínuo.

- Focalização na família: consideração da família como sujeito da atenção, exigindo da equipe de saúde uma interação com essa unidade social e o conhecimento de suas necessidades de saúde.

- Orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares baseadas na realidade física, econômica, social e cultural em que estão inseridas.

Mendes (2002) destaca que é equivocado o entendimento da APS como um nível de atenção menos complexo do que os níveis de atenção secundário (serviços especializados e exames), terciário (hospitalar), e quaternário (transplantes), que se faz vigente em sistemas fragmentados de serviços de saúde.

Os serviços, nesse sistema, são organizados em estrutura de uma pirâmide, por níveis hierárquicos, seguindo uma complexidade crescente em direção ao topo, onde a rede primária é a porta de entrada e o hospital é o topo dos serviços de saúde. Silva Junior e Alves (2007) analisam que essa postura é prescritiva, pois não são observadas as necessidades dos usuários e os fluxos reais que as pessoas realizam dentro do sistema de saúde.

Mendes (2002), contrário a essa estrutura piramidal, propõe a formação de uma rede horizontal do sistema integrado de serviços de saúde, onde a APS se localiza como um centro de comunicação do sistema. Para tal, a APS deve cumprir um papel resolutivo, isto é, de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; um papel de organizador dos fluxos e contrafluxos de pessoas pelos pontos de atenção à saúde; e o papel de

responsabilização pela saúde dos cidadãos, estejam estes, em qualquer ponto de atenção à saúde.

Assim, Andrade et al (2006) apresentam que um sistema de saúde baseado em APS deve ter como características: acesso e cobertura universal; atenção integral e integrada; ênfase na prevenção e na promoção; atenção focalizada na pessoa em sua totalidade e em suas necessidades de saúde; ênfase nas respostas necessárias às comunidades locais e seu entorno; orientação familiar e comunitária.

Deve possuir também: organização e gestão otimizadas; políticas e programas que estimulam a equidade; primeiro contato da população com o sistema de saúde; recursos humanos adequados. Deve ser centrado em um planejamento que possua recursos adequados, articulação com ações inter-setoriais e enfoques comunitários.

Neste trabalho, em acordo com Mendes (2002), utilizar-se-á a concepção de atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Esta é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende (MENDES, 2002, p. 11).

1.2. A Atenção Primária à Saúde no Brasil

Merhy (1997a) apresenta uma reflexão sobre os vários momentos pelos quais o campo da saúde pública no Brasil passou, com o intuito de posicionar a constituição e a orientação da rede básica. Para tal, o autor organiza essa reflexão em momentos-chave do desenvolvimento da política de saúde no país.

Nos primeiros anos da década de 1920, havia no país uma conjuntura nacional de início da era republicana e de consolidação de grupos políticos ligados à agroexportação cafeeira. Estes influenciavam o modo de pensar a saúde a partir do entendimento de problemas coletivos que incidiam sobre o processo agroexportador ou na legitimação dos interesses do Estado oligárquico.

A política de saúde se confundia com as ações no campo de saúde pública, e tinha como base a teoria bacteriológica e a engenharia sanitária para organização das ações em saúde, e eram efetivadas por meio de campanhas e da polícia sanitária. O desenvolvimento das ações era de responsabilidade central do Estado, com o município inserido no

desenvolvimento de algumas ações. A saúde e a doença eram compreendidas como um processo coletivo, fruto de um agente externo que agredia o corpo biológico devido à sua inserção em um ambiente insalubre.

Entre as décadas de 1920 e 1940 ocorreu um aumento da população urbana (impulsionada pelo complexo agroexportador), e o crescimento do processo de industrialização. Em consequência houve um agravamento das manifestações da questão social, que demandou uma atuação mais efetiva por parte do Estado.

Em relação à política de saúde, é um período de contestação do modelo adotado anteriormente, na medida em que se necessitava de um modelo de maior eficácia para responder aos novos problemas (saúde da criança, dos trabalhadores), que poderiam ser solucionados através da higiene e da educação sanitária.

Nesse período teve destaque a corrente médico-sanitarista que contou com auxílio financeiro da Fundação americana Rockefeller, no que tange à organização de serviços e à formação de recursos humanos.

Nos anos 1940 o governo do Brasil estruturou o Serviço de Saúde Pública (SESP) que possuía como base o entendimento do processo saúde-doença como um fenômeno coletivo de saúde que sofre determinações dos indivíduos, necessitando assim, da formação de uma consciência sanitária da população. “Desse modo, não só a medicina era uma questão secundária e auxiliar, como as questões expostas pela bacteriologia passavam de um lugar estratégico para outro parcial e subordinado” (MERHY, 1997a, p. 206).

Este processo fez diferir o campo da medicina e o da saúde pública. A primeira tinha como objetivo a cura e como lugar de exercício, a clínica, a patologia e a terapêutica; e a segunda visava à prevenção e a promoção, e tinha como centro a higiene, a educação sanitária e a organização administrativa dos serviços.

Diante dessa dicotomia, e com o receio das demandas médicas subtraírem as de cunho sanitário, foram lançados os Centros de Saúde e o Posto Sanitário Rural, como elemento estratégico para dar conta desse modelo.

Merhy (1997a, p. 207) descreve esse modelo técnico-assistencial:

Construção de serviços permanentes de saúde pública: os centros de saúde e os postos, de modo regionalizado, de caráter público e comandados por especialistas – os sanitaristas - em full time. Estes serviços eram institucionalmente vinculados às coordenações técnicas

mais centralizadas e respeitavam os princípios da administração clássica e científica proposta por Fayol e Taylor⁸.

Assim, o SESP tinha por base a criação dos postos de saúde permanentes, contratação de sanitaristas em tempo integral, além da formação de uma equipe contendo laboratoristas, escriturários, médicos consultantes e visitantes. Propunha também uma organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada que constituísse uma rede básica de serviços de saúde pública⁹.

Os anos 1950 a 1960 foram permeados por um debate proporcionado pela matriz médico-sanitarista que girava em torno da necessidade de investimento em serviços de saúde para melhoria da saúde da população, e pela necessidade de investir nas condições de vida da população para, desse modo, evidenciar uma melhoria nas condições de saúde.

Tinha-se então nesse período uma perda de foco das perspectivas campanhistas e americanas, ao serem introduzidas idéias voltadas para integração das ações, planejamento em saúde, mercantilização das ações e desenvolvimentismo.

Na década de 1960, principalmente a partir do golpe militar, a área da saúde é marcada pelo rompimento da dicotomia entre assistência médica e saúde pública. Ocorreu uma subordinação da segunda à primeira pela organização dos serviços médicos privados, o que resultou no sucateamento do setor público vinculado às ações sanitárias.

A partir da década de 1970 tem-se um período de associação entre capital internacional, nacional e estatal, que fomentou a industrialização e urbanização do Brasil. É um período também de crise do capitalismo que gerou a necessidade de se repensar as políticas sociais, de forma a se tornarem mais universais, e se buscou a legitimação política e a reordenação do Estado.

A partir desses questionamentos, foram gerados, de acordo com Merhy (1997a), três campos que pensavam diferentes perspectivas para a área da saúde, a saber: o conservador/modernizador, o reformador e o transformador.

O conservador defendia a lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde. Seu eixo central era a assistência médica privada. A intervenção estatal deveria ficar restrita

⁸ Taylor e Fayol são, respectivamente, representantes da escola de administração científica e da escola clássica de administração, cujos ideários foram maximizados pelo modo de produção fordista. (...) Seus princípios moldaram as organizações do nosso tempo: as complexas corporações departamentalizadas de acordo com as funções básicas da administração (marketing, produção, recursos humanos, finanças) e organizadas em formato piramidal, com diversos níveis hierárquicos e outras características tipicamente burocráticas (PAULA, 2007a, p. 54-55).

⁹ Com esta experiência do SESP e outras experiências como a de combate à malária, foi criado em 1953 o Ministério da Saúde, e em 1956 o Departamento de Endemias Rurais (MERHY, 1997a).

aos que não conseguissem se integrar ao mercado, fornecer assistência aos necessitados e excluídos, e atuar sobre as questões coletivas com campanhas de controle e vacinações.

O campo reformador possuía duas frentes de debates importantes: a que preconizava a formação de uma rede básica que preservasse a diferenciação entre assistência médica e saúde pública; e a formação de uma rede básica como porta de entrada dos serviços de saúde. Como elementos estratégicos dessas frentes, tinham-se a implantação de serviços de saúde pública organizados pelos municípios como os programas de saúde e os postos permanentes¹⁰.

Por fim, a perspectiva transformadora apontava para a necessidade de uma mudança na implementação das políticas sociais a partir da democratização do poder político e da socialização dos benefícios. Tinha como objetivos: o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; a universalização dos serviços e do acesso a eles; o fornecimento de condições de vida adequadas à população, entre outros.

O debate entre essas três perspectivas fomentou as discussões em torno da política de saúde no Brasil, ao focar as condições de vida da população brasileira e as propostas governamentais apresentadas para o setor.

A partir da década de 1970/1980 são propostos vários modelos técnico-assistenciais, dentre eles (ANDRADE et al, 2006):

- Ação Programática em Saúde, elaborada por professores do departamento de Medicina Preventiva da USP nos anos de 1970, que tiveram como características a organização do processo de trabalho por meio de atividades orientadas pela demanda espontânea, hierarquização de atividades e articulação entre equipes multiprofissionais, entre outras.

- Sistemas Locais de Saúde (SILOS), proposta que foi difundida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) / OMS na metade dos anos de 1980, e operacionalizada nos estados do Ceará e da Bahia, tendo como formulações-chave o território e o problema.

- Modelo em Defesa da Vida, originado em Campinas/SP ao final dos anos de 1980, que tinha como proposta a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e o serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Silva Junior & Alves (2007) salientam que essas propostas possuem certo consenso entre as indicações apresentadas para reformulação dos serviços de saúde, no que se refere

¹⁰ Estes programas eram concebidos a partir da leitura do processo saúde/doença que o modelo da História Natural da Doença preconizava, e que dava um sentido coletivo ao ato médico como parte do conjunto das ações de saúde (médicas, educativas, higiene pessoal), cuja perspectiva era a promoção e a proteção da saúde e, secundariamente, a recuperação, pois esta era a tarefa prioritária da medicina individualizada (MERHY, 1997a, p. 219).

principalmente a: noção de território como um território-processo, isto é, lugar onde a sociedade se estrutura, reproduz a vida, organiza a cultura e vive sua história; percepção das desigualdades regionais e microrregionais e estabelecimento de estratégias de redistribuição de recursos com vistas à equidade; ampliação da percepção dos trabalhadores sobre os usuários; articulação do setor saúde com outros setores; gestão democratizada.

No Brasil, a partir dos SILOS, foram implantados os Distritos Sanitários como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, que davam ênfase ao território como critério para a definição da cobertura populacional e da oferta de serviços, articulados também com outros níveis de complexidade, com a demanda e com as necessidades da população (TEIXEIRA & SOLLA, 2005).

De acordo com Merhy (1997a), é com o projeto de Reforma Sanitária e a construção do SUS que, de modo efetivo, a atenção primária à saúde surgiu como um caminho para a unificação da atenção à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 no Brasil, impulsionada pelo Projeto de Reforma Sanitária¹¹, propôs a ampliação da visão sobre a saúde e seus determinantes, buscando que esta fosse concebida como um direito do cidadão e dever do Estado. Naquele momento, lutava-se pela criação de um Sistema Único de Saúde que separasse a saúde da previdência, e que a estatizasse progressivamente através de uma ampla Reforma Sanitária.

Nesse mesmo processo, ocorreu a formação de uma proposta de rede básica concebida como um lugar central para se realizar a integralidade das ações individuais e coletivas, e como linha de contato entre as práticas de saúde (MERHY, 1997a).

Na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, os ideais da Reforma Sanitária foram afirmados. A saúde foi disposta como um direito fundamental do ser humano. O Estado passou a ter o dever de garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Como fatores determinantes e condicionantes da saúde passaram-se a ter alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e

¹¹ O Projeto de Reforma Sanitária tem como propostas: universalização do acesso; saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através de um sistema unificado de saúde; descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; financiamento e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (BRAVO, 1996).

acesso aos bens e serviços sociais, formando assim o que foi identificado como conceito ampliado de saúde.

Assim sendo, o Sistema Único de Saúde, originário do movimento sanitário¹², foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal), compreendendo um conjunto organizado e articulado de serviços e ações em saúde (VASCONCELOS & PASCHE, 2006).

Por ser parte integrante do tripé da Seguridade Social juntamente com previdência e assistência social, o SUS possui como princípios e diretrizes, dentre outros:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a saúde;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- Regionalização e Hierarquização da rede de serviços de saúde.

Segundo Vasconcelos & Pasche (2006) a descentralização - com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde - foi a modificação mais significativa no que se refere ao aspecto político-organizativo da reforma do sistema de saúde no país. A descentralização passou a atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta de grande parte dos serviços de saúde.

A regionalização e de hierarquização dos serviços são processos imprescindíveis para que a municipalização obtenha resultados satisfatórios. A regionalização tem como objetivo, “distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes

¹² Fizeram parte desse movimento profissionais de saúde representados por suas entidades que passaram a defender questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; movimento sanitário (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate; partidos políticos de oposição que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no congresso; movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 1996).

assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala” (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p. 536).

E, através do processo de hierarquização dos serviços, busca-se organizar o “sistema de saúde nos níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais freqüente” (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p. 536).

A municipalização da gestão do SUS, de acordo com Vasconcelos & Pasche (2006), foi impulsionada nos estados e municípios mediante a adesão a uma das condições de gestão previstas nas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) a partir da NOB 01/93, posteriormente alterada com a NOB/96, e a seguir modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002¹³.

A gerência da atenção básica foi atribuída aos municípios, tendo este a responsabilidade de gerir todos os serviços básicos de saúde, e ofertar as ações de vigilância e controle de doenças próprias desse nível de atenção.

Os municípios, desse modo, passaram a ter como competência a prestação de serviços de atenção à saúde da população, como também outras atribuições tais como: gerência e execução dos serviços públicos; execução de ações de vigilância à saúde; articulação com o estado na regionalização da rede; implantação das políticas definidas pelo governo federal; e a colaboração na efetivação das competências estadual e nacional¹⁴.

Para adequada resposta aos problemas de saúde, a coordenação municipal deve articular ações de promoção, vigilância e assistência à saúde, de base territorial, articulando com os subsistemas de vigilância em saúde e redes assistenciais, no âmbito estadual e nacional.

¹³ As Normas Operacionais do SUS são um instrumento de regulamentação do processo de descentralização a partir da definição de mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios. A NOB 93 estabeleceu novas estratégias de descentralização, dentre elas, o respeito às diversidades loco-regionais; reconhecimento da importância das parcerias entre os gestores para a formação dos sistemas de saúde. A NOB 96 teve como objetivos a reorganização do modelo assistencial, fortalecimento da gestão do SUS, caracterização da responsabilidade sanitária dos gestores na prestação de serviços. A NOAS teve por objetivo geral a promoção de maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (SOUZA, 2001; LEVCOVITZ et al, 2001).

¹⁴ O governo federal tem a função de coordenar o Sistema Nacional de Saúde, bem como de garantir parte de seu financiamento (...). Para cumprir essa função foi criado um Fundo Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde é o gestor federal do sistema, além de coordená-lo e co-financiá-lo, encarrega-se diretamente de algumas ações de apoio aos estados e municípios. (...) As secretarias de estado da saúde são os gestores estaduais; todas criaram fundos estaduais de saúde e têm a atribuição de coordenar os sistemas estaduais de saúde, bem como o processo de regionalização da atenção (WAGNER, 2006, p. 421).

Os anos 1980 e 1990 são marcados pela ruptura com as bases do Welfare State e com o surgimento do ideário neoliberal que adota a idéia de Estado mínimo para a área social e forte para as áreas relativas ao mercado e que influenciam a acumulação de capital.

A partir dos anos 1990, com a solidificação do neoliberalismo no Brasil, a proposta de saúde construída na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária sofreu grandes ataques.

No âmbito da saúde, as políticas passaram a ser alvo das contenções de gastos e voltaram-se para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público.

Na verdade, os altos custos dos serviços de saúde eram proporcionados pelo modelo de atenção centrado no hospital e voltado para as inovações tecnológicas, equipamentos, maquinarias e alto grau de medicalização, que gerava baixa resolutividade e elevados custos.

Porém, reconhecer este fato, implicava em reconhecer também que havia interesses de grandes e poderosos grupos econômicos em manter a indústria de alta tecnologia em diagnose e terapêutica, que em grande medida servia ao desenvolvimento econômico e de acumulação de riqueza de vários países (FRANCO & MERHY, 2003).

O Banco Mundial, ao vislumbrar o ajuste econômico estrutural e a necessidade de reorganização do financiamento público baseado no ideário neoliberal, propôs como diretrizes para a saúde: sua inserção em âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; adequação da política ao ajuste fiscal; construção de um discurso social centrado no combate a pobreza.

Para os países médios como o Brasil, indicavam-se a eliminação gradual dos subsídios aos grupos mais abastados, ampliação da cobertura do seguro saúde, opção de seguros aos consumidores, financiamento pelos governos de pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais (LIMA, 1996 *apud* FRANCO & MERHY, 2003, p. 93).

De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor, para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto-contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento à criança. As ações de média e alta complexidade ficam, portanto, a cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo consumidor. É a proposta de racionalizar custos do Estado, limitando acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde (LIMA, 1996 *apud* FRANCO & MERHY, 2003, p. 93-94).

De acordo com Bravo (1996), neste período, surgiram dois projetos em disputa no campo da saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado, ou seja, de modernização do modelo médico assistencial privatista.

O primeiro tem como base e estratégia o SUS, e acredita no Estado como responsável pelas políticas sociais, marcadamente democrático e justo. Suas fundamentações perpassam pela democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. A saúde é concebida assim, como um direito universal e dever do Estado.

O Projeto articulado ao mercado pauta-se na política de ajuste que está voltada para a contenção dos gastos com racionalização da oferta e descentralização, com isenção de responsabilidade central. O Estado seria responsável por garantir um mínimo de serviços aos que não podem pagar e o setor privado responsável pelos que acessam o mercado. As propostas-base atentam para o atendimento das populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, privatização, seguro privado e descentralização dos serviços ao nível local, tendo como estratégia de ação a refilantropização.

Esses dois projetos fomentam as discussões no campo da saúde e as propostas de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Levcovitz et al (2001) apontam que a descentralização é a única diretriz do SUS que não colide com o ideário neoliberal (e com o projeto privatista), uma vez que sempre houve um consenso entre os dois projetos da necessidade de sua realização.

No entanto, os autores ressaltam que a descentralização não deve ser realizada por si só. Deve vir acompanhada de um fortalecimento da gestão no que tange à transferência de recursos adequados, à capacidade gestora das três esferas de governo, e à adoção de valores democráticos, assim como do fortalecimento das outras diretrizes e dos princípios do SUS.

A partir do reconhecimento da necessidade de reorganizar os serviços de saúde fora do centro a atenção hospitalar, a pressão realizada por organismos internacionais (como o Banco Mundial), e a necessidade de fortalecimento da atenção básica, o PSF surgiu como alternativa à organização da assistência à saúde (CUNHA, 2005).

Os municípios passaram a ter como responsabilidade intransferível, a oferta dos serviços básicos de atenção através das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família (USF), onde se situam as Equipes de Saúde da Família¹⁵.

1.3 Política Nacional de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil^{16 17} a ABS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde no nível individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A ABS deve se desenvolver através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, através do trabalho em equipe sob populações de territórios definidos. As equipes de saúde devem assumir a responsabilidade sanitária e considerar a dinâmica existente nesse território.

Como contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, a ABS se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Os fundamentos da Atenção Básica são definidos da seguinte forma:

D) Universalidade e continuidade do acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizados;

¹⁵ No que se refere à transferência aos municípios da responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica à saúde, a NOB SUS 01/96, tendo por finalidade reorganizar o modelo assistencial à saúde, propõe a criação de incentivos financeiros de acordo com a cobertura populacional dos municípios para a ampliação da cobertura do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LEVCOVITZ et al, 2001).

¹⁶ Portaria Nº. 648/GM de março de 2006, que prevê as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

¹⁷ Silva Junior & Alves (2007, p. 76) destacam que, no Brasil, a denominação adotada para a designação do modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS é Atenção Básica (ABS). “Esta designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de construir uma identidade institucional própria capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção”. O termo atenção básica foi assumido na Política Nacional de saúde a partir da Norma Operacional Básica 01/96. Na análise dos atores envolvidos na condução da política, a opção pelo termo deveu-se essencialmente ao fato de que, naquele momento, existia, do ponto de vista ideológico, uma forte resistência de alguns atores ao termo atenção primária à saúde, principalmente porque (...), o propósito seletivo prevalecia na concepção veiculada por organismos internacionais. (...) Nesse sentido a ABS é a noção que melhor representa a história e a concepção do sistema de saúde brasileiro, fundado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 61-62).

II) Integralidade: integração das ações programáticas com a demanda espontânea. Articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Trabalho de forma interdisciplinar e em equipe. Coordenação do cuidado na rede de serviços;

III) Vínculos e responsabilização das equipes com a população garantindo a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado;

IV) Estímulo e acompanhamento constante da formação e capacitação dos profissionais;

V) Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados.

VI) Participação popular e controle social.

As áreas estratégicas de atuação das equipes de saúde em todo país correspondem à: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde do idoso, saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, e à própria promoção da saúde.

Para realização das ações da ABS nos municípios, são necessários alguns itens de infra-estrutura e alguns recursos, definidos da seguinte forma: UBS com ou sem PSF com inscrição no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, organizadas de acordo com as normas sanitárias. Essas normas devem disponibilizar: equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Para garantirem a resolutividade da ABS, as UBS's, devem contar ainda com: consultório médico, odontológico e de enfermagem; área de recepção, local para arquivos e registros; sala de cuidados básicos de enfermagem; sala de vacina e sanitários; equipamentos e materiais adequados.

Além da existência e manutenção regular de estoque de insumos necessários, incluindo a dispensação de medicamentos, devem ter também, a garantia de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar.

O processo de trabalho das equipes da ABS deve estar pautado na definição do território de atuação da UBS, com programação e implementação de atividades com prioridade para a solução dos problemas mais frequentes. Por ser a ABS considerada uma assistência resolutiva à demanda espontânea, é indispensável o desenvolvimento de ações educativas, e de ações focalizadas em grupos e fatores de risco.

No desenvolvimento do processo de trabalho deve ser garantida a assistência básica integral e contínua; deve haver a implementação da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; deve ocorrer a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; e as equipes devem participar do planejamento e avaliação das ações.

As equipes de saúde devem ainda, desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos sociais voltados para a promoção da saúde, e apoiar estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Situado na ABS, o PSF passa a ser adotado como política nacional estruturada^{18 19} em 1994, sendo apontado pelo Ministério da Saúde como principal forma de reorganização dos serviços de saúde, e estratégia prioritária para a organização da ABS.

O PSF surge como uma oportunidade de expansão do acesso à ABS, de consolidação do processo de municipalização da organização dos serviços de saúde, facilitação do processo de regionalização e de coordenação da integralidade à saúde (ANDRADE et al, 2006).

Corbo et al (2007) ressaltam que, inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa, mas que em 1996, esta concepção começou a ser rompida a partir do entendimento de que a noção de programa trazia uma idéia de verticalidade e transitoriedade. Passou a ser utilizada, então, a denominação Estratégia de Saúde da Família (ESF)²⁰, por esta ser a estratégia determinada para a reorientação da atenção à saúde no Brasil.

A ESF foi criada com o propósito de reorganização da atenção primária em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. Trabalha com a idéia de que a intervenção no ambiente familiar é capaz de prevenir agravos à saúde, ressaltando o respaldo desse trabalho na concepção ampliada do processo saúde/doença.

A estratégia tem na sua essência a localização central no espaço territorial, por excelência o *locus* operacional do programa. É nesse espaço que comparece todo arsenal de conhecimentos circunscritos na epidemiologia e na vigilância à saúde. Associada à noção de

¹⁸ Ressalta-se que anterior a essa data, em 1991, já havia sido implantado o Programa de Agentes Comunitários (PACS). De acordo com Heimann & Mendonça (2005) em 1994, o PACS já estava implantado em 13 estados da região norte e nordeste, em 897 municípios, com a atuação de 29 mil agentes comunitários de saúde (ACS).

¹⁹ Inicialmente a instauração do PSF ocorre nos municípios situados nas regiões identificadas como de risco pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estruturando-se nos municípios de 5.000 a 10.000 habitantes (BOUSQUAT et al, 2005, p. 244).

²⁰ Aponta-se que a denominação Programa de Saúde da Família é amplamente divulgada pelo país e assim descrita na Política Nacional de Atenção Básica.

território tem-se a idéia de vínculo, que tem como princípio a construção de referências entre profissionais-usuários (FRANCO & MERHY, 2003).

Andrade et al (2006) enfatizam que a ESF deve ser considerada um modelo de atenção primária que engloba estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação comprometidas com a integralidade à saúde, e que tenha como centro a família e o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que a equipe de saúde se insere.

Para tal, os autores apontam a necessidade de compreensão de três conceitos básicos que fazem parte da composição da ESF: a equipe de saúde da família por ser um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na assistência integral e primária à saúde; a unidade familiar por estar compreendida no centro dos comportamentos reprodutivos, dos padrões de sociabilidade, do desenvolvimento emocional e das relações com a comunidade.

A comunidade deve ser entendida como a representação da esfera sociocultural que é delimitada por uma contigüidade geográfica e primariamente definida por modos semelhantes pelos quais os indivíduos organizam a vida, e compartilham dos mesmos equipamentos sociais e governamentais.

A Unidade de Saúde da Família (USF) atua sobre os seguintes princípios (FRANCO & MERHY, 2003; BRASIL, 2006):

- a) Caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho cujo eixo está centrado na vigilância à saúde. A criação de novas estruturas físicas só ocorre em áreas desprovidas de unidade de saúde.
- b) Integralidade e Hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços locais de saúde (atenção básica), e deve estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir a referência e a contra-referência.
- c) Territorialização e adscrição da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita à área. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4500 pessoas.
- d) Equipe multiprofissional: a equipe é formada, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio.

O trabalho é dividido entre a equipe, e as funções, normatizadas pelo Ministério da Saúde, são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos em consultório por médico e profissional de enfermagem.

A equipe de saúde da família deve estar capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; deve identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta; deve prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; e desenvolver ações educativas e intersetoriais.

A capacitação de recursos humanos é vista como estratégica, assim como o planejamento e a programação das ações do serviço de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998, *apud* FRANCO & MERHY, 2003, p. 56), a ESF tem como objetivo

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Andrade et al (2006, p. 803) consideram que o ESF é um modelo coletivo de APS, que tem por peculiaridade ser construída em um sistema de saúde público e universal. Os autores ressaltam que

a compreensão da ESF como componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental.

Teixeira (2002) aborda que, discutir sobre a ESF, implica em realizar uma análise sobre sua implantação, financiamento, gestão e execução, além de serem levadas em consideração, as formas e critérios para contratação da força de trabalho, o modelo de contrato, a jornada de trabalho, o salário, e as diferenciações destes elementos com o conjunto da rede básica de saúde.

Seguindo essa análise, a autora levanta cinco questionamentos: a ESF, ao não promover concurso público, não aumentaria o risco de favorecer as relações de apadrinhamento, clientelismo e subordinação presentes na cultura nacional? As instituições públicas devem reproduzir o modelo de mercado? Só um salário maior do que o da rede de serviços é suficiente para adesão dos profissionais de saúde? O salário mais elevado é suficiente para garantir qualidade da assistência e estratégia de reorganização do sistema de saúde? Os salários diferenciados entre as categorias profissionais não seria contraditório à proposta democrática do programa?

Corroborando com esses questionamentos e ampliando a análise crítica à ESF, Franco & Merhy (2003) consideram: a necessidade de ampliação do referencial centrado no “território processo”; o fortalecimento do vínculo entre profissional/usuário; a integração articulada entre atenção básica e demais serviços de saúde; melhor fundamentação para os critérios de visita domiciliar; organização da demanda espontânea para ampliação do atendimento às reais necessidades da população.

Consideram ainda esses autores a necessidade de mudança da idéia de que altos salários garantem bons atendimentos e da mitificação do generalista; quebra com o alto grau de normatividade na implementação do ESF; abertura aos municípios à projetos alternativos condizentes com a realidade local; e a ampliação do olhar sobre a família como espaço estratégico de atuação.

Soares (2005), por sua vez, destaca que a ESF desconsidera o heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro e a enorme heterogeneidade dos municípios na oferta de serviços de saúde. Destaca ainda a falta de qualificação profissional para os agentes de Saúde, e a falta de remuneração e contratos de trabalho adequados, além da falta de condições homogêneas das prefeituras na contratação das equipes de saúde.

É a partir da reflexão crítica da APS e do PSF que se pode avançar na direção da consubstanciação do programa como realmente uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, ao entender que essa mudança pode ser viabilizada por meio da reorganização do processo de trabalho.

Esta reorganização se pautaria em alguns eixos-chaves, conforme se expõe a seguir:

acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a (...) potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários – indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do

cotidiano dão perfil novo á assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde (FRANCO & MERHY, 2003, p. 121-122).

Como desafios para a efetivação da ESF e para a afirmação da política de APS, Mendes (2002 *apud* FARAH, 2006) aponta o desafio seminal que está relacionado com a passagem de um sistema de saúde segmentado (com saúde suplementar e sistema de desembolso direto) para um sistema público universal conforme estabelecido na legislação que determina o SUS.

Ressalta também o desafio ideológico que perpassa pela passagem da concepção piramidal do sistema de saúde para a organização do sistema em rede, centrado na APS, que teria a responsabilidade de instituir o elo com os outros serviços e níveis de atenção; e o desafio econômico que decorre da necessidade de aumento do gasto sanitário e do gasto com a APS²¹.

1.4. Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora²²

O município de Juiz de Fora está localizado na região sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata mineira. Possui uma área territorial de 1.437 km quadrados.

No ano de 2007, a contagem populacional da cidade registrou um total de 513. 348 de pessoas residentes em JF, com 98% na área urbana e 2% na área rural (IBGE, 2008).

A cidade possui no seu entorno uma rede de 93 municípios, que a acessam em busca de serviços de assistência em saúde, do sistema educacional, do comércio varejista, entre outros. Considerada uma cidade-pólo, Juiz de Fora possui um serviço de alta complexidade ambulatorial e hospitalar distribuído entre os prestadores públicos, conveniados e privados, com ou sem fins lucrativos²³ (FARAH, 2006).

²¹ No ano de 2002, o gasto sanitário do Brasil foi ínfimo quando comparado com países que possuem sistemas de saúde públicos como Canadá, Reino Unido e Itália. Apesar de os Estados Unidos não possuírem um sistema público, chama a atenção o valor gasto per capita, fato que caracteriza a excessiva utilização da tecnologia em saúde e pouco investimento em APS. Vale ressaltar que, dos países da América do Sul como Argentina, Uruguai, Chile, o Brasil tem o menor gasto *per capita* (FARAH, 2006).

²² Optou-se por manter a denominação Programa de Saúde da Família, devido à sua incorporação nas discussões referentes ao município de JF.

²³ Com a aprovação em 2001 do Plano Diretor de Regionalização – PDR, pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual, outorgou-se o papel de município pólo macrorregional de assistência, responsabilizando-se pela referência de alta complexidade para várias macrorregiões, além de uma região que agrega sete regiões Administrativas do Estado (Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, Manhumirim, Leopoldina, Ubá, Juiz de Fora, São João Del Rei e Barbacena, perfazendo um total de 160 municípios (FARAH, 2006, p. 102).

De acordo com Farah (2006), o sistema municipal de saúde de JF está em gestão plena desde o ano de 1998, de acordo com a NOB/96 e a gestão plena do sistema municipal conforme Portaria GM/MS nº 343/NOAS/2002.

O processo de municipalização da saúde em JF teve início na década de 1980, período em que foram realizadas muitas discussões entre a sociedade civil organizada, profissionais de saúde e governo municipal em torno da lógica de atenção à saúde que prioriza a prevenção e a promoção à saúde (UMBELINO & OLIVEIRA, 2005).

Em 1990, como um dos resultados dessas discussões, a Secretaria Municipal de Bem-Estar Social (SEMBES) passou a ser denominada Secretaria Municipal de Saúde (SMS)²⁴. Esta passou a ter como competências a garantia do acesso universal à saúde, a definição de diretrizes para a política municipal de saúde, o planejamento, a gestão, a coordenação, controle e avaliação do sistema municipal de saúde, entre outras.

No Departamento Operacional de Saúde da SMS se inseria a Divisão de Ações de Primeiro Nível, com os seguintes programas: atendimento ao hipertenso, doação de sangue, assistência integral à saúde da mulher e da criança. Essa Divisão realizava também uma articulação com a Legião Brasileira da Assistência (LBA) para desenvolvimento nas Unidades de Saúde dos programas: Centro de Atenção ao Desnutrido (CAD) e Unidade de Apoio Comunitário (UAC).

De acordo com os princípios da Constituição de 1988 e a LOS, o município de Juiz de Fora passou a valorizar o atendimento básico, buscando descentralizar suas ações.

Ao atendimento nas unidades básicas de saúde é introduzido um ideário voltado para a identificação dos condicionantes sociais, econômicos, epidemiológicos sobre a saúde da população que a unidade cobre, que diminuiu o enfoque centrado apenas no biológico.

Machado (2006) apresenta como destaque desse processo, a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com a lei nº 8076 de 1992, que possibilitou o fortalecimento da participação popular e do controle social nas decisões referentes à política de saúde.

No ano de 1995, antes mesmo de ser instituído no Estado de Minas Gerais, o município de Juiz de Fora, instaura o PSF com o intuito de organizar a APS sob novas bases.

Segundo Silva & Moraes (2004) o interesse na implantação do PSF na cidade surgiu em 1994 porém, com a II Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1995, foram dadas as bases institucionais e políticas para tal implantação. Na Conferência foi discutida a

²⁴ Através do Decreto nº 4.270 de 19 de fevereiro de 1990, o prefeito Municipal aprovou o Regulamento estabelecendo a competência e a estrutura da SMS (BARRA et al, 1990).

ampliação do conceito de saúde, e a necessidade de mudança e aperfeiçoamento de ações na área da saúde através do PSF.

A implantação do Programa ocorreu no mesmo ano de 1995, através de sua incorporação nas unidades básicas da Vila Olavo Costa, Furtado de Menezes, Retiro, Santo Antônio, Jardim da Lua, São Benedito, São Sebastião, Jardim Esperança, além da Unidade Móvel que abrangia a zona rural. O percentual da região atendida nesse primeiro momento foi de 14,6%.

Com o Decreto nº5773 de 1996, o PSF é instituído no município de Juiz de Fora, com uma equipe básica de trabalho assim formada: um médico, dois auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. À essa equipe poderiam ser incorporados profissionais de Serviço Social e Enfermagem²⁵.

Os critérios para a escolha das áreas de implantação do PSF foram embasados em duas fontes: no Mapa da Fome elaborado pelo Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA) que indicou a existência de aproximadamente 17.000 famílias abaixo da linha da pobreza em Juiz de Fora; e no Mapa da Cólera elaborado pela Vigilância Epidemiológica da SMS/ JF que definiu as áreas de risco para disseminação da cólera e doenças decorrentes da água (SILVA & MORAES, 2004; UMBELINO & OLIVEIRA, 2005).

Os outros critérios adotados para a implantação do PSF se relacionam a territorialização da área escolhida através da adscrição da clientela; manifestação de interesse em relação à implantação do programa pela comunidade ou Conselho Local de saúde; existência de uma Unidade Regional de Saúde (Regional Leste) como um centro de apoio às USF's para atendimentos relacionados às urgências e emergências, além de atendimentos noturnos.

Em 1996, com a implantação do PSF, o decreto 5.772 incorporou o profissional de Serviço Social ao Programa nas UBS's em que já existia o profissional alocado. O assistente social foi considerado pela gestão do SUS/JF como um profissional com perfil adequado para atuação no PSF, momento em que foi reconhecido pelo espaço profissional consolidado historicamente no campo da saúde no município de Juiz de Fora²⁶ (MACHADO, 2006).

²⁵ Em 2002, a composição mínima da equipe de PSF foi alterada, através do Decreto 7.267 (Anexo C), incluindo um enfermeiro e mais um a três ACS (SILVA & MORAES, 2004, p. 36).

²⁶ O assistente social está inserido na APS em Juiz de Fora desde os anos 1970/1980, momento em que os profissionais atuavam em Centros Sociais ou Comunitários. Nesse espaço de atuação, o assistente social realizava atividades voltadas para o desenvolvimento de ações de saúde comunitária a partir das carências e expectativas da população local (FREITAS et al, 1982).

De acordo com Machado (2006), concomitante à implantação do PSF, foi desenvolvida uma Política de Recursos Humanos para especialização e reciclagem dos profissionais direcionados para atuarem no PSF. Esta capacitação ocorreu por categoria profissional: em 1995 formou-se a primeira turma de Médicos de Família, e em 1996 a turma de assistentes sociais e enfermeiros.

A autora ressalta que a realização concomitante do processo de capacitação dos profissionais com o de implantação do PSF incidiu diretamente na organização do programa, uma vez que os profissionais tinham apenas presença periódica nas Unidades de Saúde devido à frequência no curso de capacitação.

Em seu momento inicial, o PSF é marcado pela explosão de demanda espontânea em relação ao atendimento médico, e pelo esfacelamento das equipes de saúde. Este fato ocorreu em virtude do desentrosamento entre os profissionais uma vez que o PSF foi implantado sem uma articulação e um planejamento prévio entre as equipes (MACHADO, 2006).

Nesse momento inicial, também no ano de 1997, com a mudança da gestão municipal, foram apontados alguns questionamentos quanto ao PSF: equipes incompletas, dificuldades em relação à aceitação da comunidade, falta de articulação entre as equipes, entre outros (VIANA et al, 1998).

A alternativa apresentada pelo CMS, gestores e profissionais foi a realização de um processo de avaliação do PSF, através da constituição de uma Comissão de Avaliação Plurinstitucional, formada pela SMS, NATES /UFJF, tendo por objetivo a elaboração de critérios para a avaliação do PSF.

A avaliação do Programa levantou a necessidade de maior interação entre as equipes, da realização de um trabalho com as áreas de risco e a realização de maior número de visitas domiciliares, e a necessidade de interação dos gestores com os propósitos do PSF. Como desdobramento desse momento, houve a instauração de uma articulação entre SMS e NATES/UFJF para criação de instrumentos de controle e avaliação do PSF.

Atualmente, Juiz de Fora possui sessenta e quatro UBS's distribuídas em oito regiões administrativas: norte, sudeste, leste, nordeste, oeste, centro, sul e zona rural, englobando doze regiões sanitárias (Anexo A). Destas unidades, quarenta e seis possuem o Programa de Saúde da Família, divididas em: quarenta e duas unidades na área urbana, três na zona rural, além da unidade volante. O Programa possui um total de oitenta equipes de Saúde da Família, e gera uma cobertura de 52% (aproximadamente 241.030 habitantes)²⁷ da população de Juiz

²⁷ Nota-se que em 1995 havia uma cobertura de 14, 9% da população pelo PSF e em 2007, uma cobertura de 52%, totalizando um acréscimo de 37, 1% da cobertura.

de Fora. As unidades básicas restantes (dezenove) funcionam sob o sistema de atendimento tradicional²⁸.

Torna-se importante ressaltar que dessas quarenta e seis unidades, três possuem o RESF. Este teve início em 2002, e ocorre em parceria entre o Ministério da saúde, o NATES /UFJF e a Prefeitura de Juiz de Fora.

As unidades de saúde que abrigam o PSF e o RESF são aquelas situadas nos bairros Parque Guarani, Santa Rita e Progresso. Essas UBS's possuem profissionais de Serviço Social, Enfermagem e Medicina em processo de formação e capacitação para atuarem no PSF, o que promove uma integração entre ensino/serviço.

As UBS' s são supervisionadas por um profissional da equipe, eleito pela equipe de saúde, que acumula a função referente à sua categoria profissional e à supervisão. As ações desenvolvidas são em sua maioria administrativas e burocráticas, e realizadas conforme as exigências do gestor municipal e dos pactos federativos (FARAH, 2006).

De acordo com Farah (2006), a cidade de JF expandiu o Programa Saúde da Família em seis fases.

A primeira fase, ocorrida no ano de 1995, foi caracterizada pela implantação de 17 equipes; na segunda, em 1996, aumentou-se o número de equipes em quinze; a terceira, em 1999, tem como característica o descredenciamento de algumas equipes que não se enquadravam nos parâmetros determinados pelo Ministério da Saúde, ou seja, ausência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e utilização de apenas uma enfermeira por UBS e não por equipe, e ainda devido ao incentivo de cobertura populacional estabelecido pelo Ministério.

A quarta fase, ocorrida em junho de 2000, tem como atributo a criação de UBS's destinadas especificamente para a Saúde da Família nos bairros de Santa Luzia, Bandeirantes e Teixeiras. Nesta mesma fase, ocorreu a recomposição das equipes descredenciadas, perfazendo um total de trinta e seis equipes.

Na quinta fase, houve a ampliação de vinte equipes de Saúde da Família, mas ocorreu o descredenciamento de sete equipes, totalizando quarenta e nove equipes. A sexta fase, ao final de 2002, é de implantação das UBS's de Residência da Saúde da Família. Em 2003, o

²⁸ Dados fornecidos pela Secretaria de saúde de Juiz de Fora em 29/09/08 (Anexo B).

município adere ao Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF) ²⁹, que ampliou a Saúde da Família em vinte equipes, totalizando oitenta equipes³⁰.

No ano de 2004, com a mudança do governo municipal, ocorreram algumas alterações relacionadas à APS e à ESF, justificadas como medidas de organização do serviço, o que resultou em alterações significativas na gestão e no desenvolvimento do trabalho na atenção primária.

Farah (2006) destaca, dentre essas alterações, o corte da gratificação dos servidores - enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem - em regime estatutário, que fazem parte das equipes de Saúde da Família, durante dois meses, fato que gerou insatisfações, insegurança e desestímulo aos profissionais³¹; a expansão do horário noturno das UBS's, inicialmente sem aumento de quadro de pessoal; a ordem enviada pelo gestor aos supervisores das UBS's, que proibia reuniões das equipes e solicitava que nenhum usuário deixasse de ser atendido nas unidades de saúde; e a ordem de que, em relação à educação continuada, somente poderia ser liberado 1% dos profissionais de uma mesma categoria profissional para uma determinada ação, mediante solicitação ao coordenador da Saúde da Família.

Posterior a essa constatação de Farah (2006) não foi realizado nenhum estudo que desse continuidade aos apontamentos realizados pela autora e promovesse o debate sobre as possíveis repercussões destes fatos na política de saúde municipal, em especial na APS. Apesar deste não ser o objeto deste estudo, trago algumas contribuições dos sujeitos da pesquisa no sentido de fomentar a discussão, visto que os entrevistados realizaram uma avaliação geral da política municipal para a APS.

Considero importante trazer essas contribuições neste ponto do estudo, no intuito de conhecer, aprofundar e atualizar um pouco mais a realidade da política para APS em Juiz de Fora.

²⁹ Estratégia negociada no final de 2002, com financiamento internacional de 275 bilhões de dólares do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e igual contrapartida do governo federal do Brasil. Representa a principal estratégia atual do Ministério da Saúde de organização e fortalecimento da AB no país, tendo vigência de sete anos, a partir de 2003 (HEIMANN & MENDONÇA, 2005).

³⁰ Em Juiz de Fora, no período de 2003 a 2004, a Estratégia de Saúde da Família é expandida devido à aprovação do PROESF pelo Ministério da Saúde. Foi prevista a ampliação do número de equipes, inclusive a implantação de equipes de Saúde Bucal; reformas para as UBS's; aquisição de equipamentos e capacitação de profissionais que são os eixos delineados pelo projeto, que estão sendo desenvolvidos de acordo com os desembolsos previstos. De acordo com a Gerência de Promoção da Vida, na primeira fase, (2003/2004) a verba do PROESF foi de R\$ 864.767 reais, na segunda fase (2005-2006) a verba será de R\$ 2.075.440 reais prevendo a implantação de mais 17 equipes e, na terceira fase, a verba de R\$ 1.383.627 reais e serão implantadas mais 21 equipes. A meta é que todas as UBS's se tornem UBS's de Saúde da Família (FARAH, 2006, p. 118-119).

³¹ A solução foi a aprovação na Câmara dos Vereadores de Juiz de Fora do projeto de lei de autoria do executivo, encaminhado ao legislativo, que concede gratificação para os profissionais que compõem as equipes, com exceção do ACS (FARAH, 2006).

Assim, foi ponderado que na gestão municipal dos anos 2005 a 2009, a área da saúde teve uma peculiaridade que foi a troca de secretários de saúde por mais de seis vezes³², refletindo na descontinuidade na gestão da APS e na qualidade desta. Outra particularidade desta gestão municipal se refere aos problemas apresentados com fraudes e corrupção, que gerou a prisão do prefeito em 2008³³.

Prosseguindo a avaliação os profissionais ponderaram que a APS ainda é centrada na doença, que há uma desqualificação dos gestores para o cargo que ocupam; que financeiramente (em termos de salário) é ruim; que falta continuidade de uma gestão para outra; e que as discussões sempre giram em torno do repasse financeiro. Todos entrevistados avaliaram que esses fatores refletem negativamente na organização do serviço e no fluxo entre os serviços do sistema de saúde.

Eu acho que existe uma certa dubiedade. De um lado a prefeitura tem técnicos que acreditam na APS, mas a gestão ainda tem um olhar muito hospitalar. Acho que o apoio a APS vem pelo retorno financeiro e não por acreditar na proposta. Quem sabe na próxima administração privilegia a APS (ENTREVISTADO III).

Vivemos numa situação de estagnação. Não tem avanços, não tem um direcionamento. Temos uma coordenação de PSF totalmente enfraquecida; tínhamos uma coordenação com algumas categorias profissionais presentes, mas não tem voz, uma supervisão efetiva, eles não sabem o que a gente faz, não são valorizados dentro do próprio organograma do município, e assim não consegue colocar o próprio PSF como uma estratégia que poderá estar alterando as condições de saúde do município. A discussão é sempre feita em cima do repasse financeiro e não da qualidade do serviço que estamos prestando. A coordenação sempre é feita por pessoas desqualificadas para o cargo, sem conhecimento da área de saúde coletiva (ENTREVISTADO VII).

Minha avaliação é péssima. Foram quatro anos largado, sem nenhuma direção, sem nenhum comando. Acho que não tem mais caos porque temos muito funcionário bom, muita gente comprometida. E o engraçado que eu não tinha essa avaliação, eu achava que a gente tinha muitas dificuldades com os trabalhadores. Mas não nos temos na prefeitura funcionários comprometidos com o usuário, mas nos falta capacitação, educação continuada, salário digno. Porque nessa conjuntura era pra ter esfacelado tudo pela falta de comando. Um comprometimento que pode ser diferente da perspectiva do direito que estamos falando aqui, mas existe a vontade do profissional em atender o usuário (ENTREVISTADO IX).

³² Informação colhida via internet.

³³ Magalhães (2007) apresenta que no dia 9 de abril de 2008, por meio da Operação Pasárgada da Polícia Federal, que cumpriu mandados de busca, apreensão e prisão por todo país, o Prefeito de Juiz de Fora Alberto Bejani, foi preso em virtude de denúncias de fraudes, que podem ter gerado prejuízos de cerca de R\$ 200 milhões aos cofres públicos.

Um dado importante é o relacionado a qualificação do gestor para a área da saúde, como também para a APS. Se o gestor é aquele que ocupa lugar na máquina estatal e tem “poder” para determinar os rumos da saúde (tanto financeira, como politicamente), e se a saúde e o saber saúde possuem necessidades e direcionamentos específicos, isto quer dizer que o gestor inserido na área, necessita ter um aporte teórico, ético e político que o oriente a exercer os princípios e diretrizes do SUS, amparado em conhecimentos da área de saúde pública e coletiva.

As falas destacaram também a importância dos trabalhadores que constroem os serviços de saúde e seu comprometimento com a prestação de serviços de qualidade, apesar das adversidades da gestão. Porém, conforme destacado por Merhy (2003, p. 27) “se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídos as contratualidades entre trabalhadores e usuários, no dia-a-dia dos serviços, não operam intervenções transformadoras nos modelos de atenção”. Isto quer dizer, que uma gestão qualificada e de qualidade impacta de modo diferenciado na construção das Unidades e serviços de saúde.

A partir da contribuição de Teixeira & Solla (2005), observa-se que, apesar dessas dificuldades, no Brasil - e em JF -, evidencia-se o avanço na efetivação de uma política de saúde e na construção de um sistema de saúde público, que representa uma alteração nas práticas de atenção à saúde, e em especial à APS.

Como desafios à superação dessas dificuldades, Andrade et al (2006) apontam a necessidade de: capacitação de gestores para o exercício da gestão da APS, focada em famílias e comunidades; capacitação dos profissionais de saúde com o intuito de alinhar a filosofia da ESF com a filosofia do trabalho em saúde na APS; mudanças nos cursos de graduação com vistas à formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS; estabilidade nas relações profissionais e de trabalho; garantia dos mecanismos de participação popular; e investimento na interdisciplinaridade.

No Capítulo II, a seguir, fugindo de uma abordagem simplista da superação dessas dificuldades, busco analisar a temática do trabalho em saúde em suas diversas dimensões.

CAPÍTULO II

O TRABALHO EM SAÚDE

Na atualidade, quando se debate o trabalho em saúde, entram em cena dois âmbitos de discussão: o primeiro, como parte da noção clássica de *trabalho*, perpassa pelos campos da Economia Política e Ciências Sociais; e o segundo, que tem como eixo a micropolítica do trabalho e como base a noção de *cuidado*, vem sendo utilizado com um sentido filosófico, e reforçado por dimensões éticas à saúde (NOGUEIRA, 2002).

Neste capítulo, busco apresentar as contribuições das duas perspectivas, tentando demarcar teoricamente as discussões sobre o trabalho em saúde, na perspectiva de fomentar o debate de tal temática.

O que pretendo expor é a compreensão de que a temática do trabalho em saúde em suas diversas dimensões necessita ser analisada. Essas dimensões perpassam pela flexibilização do mercado e das estruturas do mundo do trabalho, pela variedade das questões organizacionais, pela dimensão das relações interindividuais e intersubjetivas nas ações do trabalho, pela regulação da força de trabalho e regulação do Estado nas políticas sociais, pela gestão dos recursos humanos, pela democratização das estruturas institucionais, pela ética e técnica no desenvolvimento das ações, e pela análise dos trabalhadores enquanto sujeitos e cidadãos no trabalho, seus interesses coletivos, sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições das políticas de saúde.

O texto a ser apresentado foi construído a partir de uma proposta de diálogo entre a produção teórica sobre a categoria trabalho e as produções sobre o trabalho em saúde.

2.1 A Categoria Trabalho e o Trabalho em Saúde

O trabalho é atividade racional do homem, momento em que ele atua sobre a natureza, transformando-a para satisfazer suas necessidades vitais (alimentação, vestuário, moradia). Ao trabalhar, o homem transforma a si mesmo, e desenvolve sua cultura material e espiritual, bem como suas aptidões mentais e intelectuais.

Nem todos os bens vitais para satisfação das necessidades humanas são diretamente encontrados na natureza de forma acabada. Para obter esses bens, o homem tem que produzi-los através do trabalho e, é nesse processo de produção, que o homem atua diretamente sobre a natureza (MARX, 2001).

Atividades com o objetivo de atendimento das necessidades vitais são generalizadas entre espécies animais (formigas, abelhas, castores, aves). Entretanto, essas atividades são realizadas a partir de uma herança determinada geneticamente, através de uma relação imediata entre animal e meio ambiente, satisfazendo necessidades que são biologicamente estabelecidas (as abelhas, por exemplo, já nascem programadas para construir colméias e recolher o pólen) (NETTO & BRAZ, 2007).

O trabalho humano se diferencia dessas atividades porque é racional e consciente. Para satisfação de suas necessidades, o homem utiliza instrumentos de trabalho por ele fabricados e domina as forças da natureza. Os animais, por sua vez, agem por instinto, não fabricam seus instrumentos de trabalho e se adaptam às forças da natureza.

O homem é o único ser que possui capacidade de projetar antecipadamente o resultado, isto é, o produto que pretende obter por meio de seu trabalho. Através da intencionalidade que possui em busca de um fim, o homem antecipa mentalmente o resultado de sua ação. Seu trabalho possui, assim, uma dimensão denominada teleológica.

Pressupomos o trabalho sob a forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador (MARX, 2001, p. 211-212).

Quando essa intencionalidade e idealização são colocadas em prática e o homem modifica a natureza, a realização do trabalho constitui uma transformação e objetivação do próprio homem.

Para que a atividade do homem seja concebida como trabalho é necessário ainda que ele reproduza idealmente as condições objetivas em que se dará sua atuação sobre o objeto de trabalho, e transmita a seus pares essas representações.

O trabalho do homem, ao diferenciá-lo da natureza, conduz à formação de um ser distinto do ser natural: o ser social. Por isso, de acordo com Netto & Braz (2007) pode-se afirmar que o trabalho não é apenas uma atividade específica de homens em sociedade, mas é também o processo histórico pelo qual surgiu o ser desses homens, pois, através do trabalho, a humanidade se constituiu como tal. Sendo assim, o trabalho é fundante do ser social.

O ser social irá se particularizar por possuir a capacidade de realizar atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e expressar-se

pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas; universalizar-se, e sociabilizar-se (NETTO & BRAZ, 2007, p. 41).

Na realização do trabalho, a ação do homem realiza uma transformação que tem uma finalidade determinada sob o objeto que incidirá sua ação, a partir da utilização do instrumental de trabalho. Este processo termina quando se obtém um produto que possui um valor de uso, isto é, um produto que atende necessidades humanas através de sua modificação (MARX, 2001).

É necessário compreender que o trabalho, enquanto criador de valores de uso como trabalho útil, é indispensável à existência do homem em qualquer estrutura de sociedade. É necessidade natural e eterna a efetivação do intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana (MARX, 2001, p. 65). É pelo trabalho que o homem se realiza como ser social.

Para que a atividade do homem seja concebida como trabalho é necessário ainda que ele reproduza idealmente as condições objetivas em que se dará sua atuação sobre o objeto de trabalho, devendo também transmitir à seus pares essas representações.

Granemann (2000) ressalta que o trabalho não está vinculado “estritamente”³⁴ com a transformação da natureza, pois de acordo com a autora, Marx indica em O Capital e no capítulo VI Inédito que:

- 1) O trabalho é uma relação mediada para a maioria dos trabalhadores. E tanto mais os homens desenvolvem a tecnologia e as suas relações, tanto mais distante estará o trabalho imediatamente relacionado com a natureza.
- 2) Na medida exata em que se desenvolve o modo de produção capitalista ele envolve com sua lógica todos os âmbitos da vida social.
- 3) Importa pouco se o trabalho se realizou mais próximo ou mais distante da matéria de trabalho, se foi realizado no mesmo espaço físico ou diferentes lugares, todos eles contribuirão no processo de produzir o produto e de construir a riqueza capitalista, na medida em que lhes extraiu a mais-valia.

O trabalho do homem se realiza através de um processo que possui como componentes (MARX, 2001): a atividade adequada a um fim (que é o próprio trabalho), a matéria a que se

³⁴ Grifo meu

aplica o trabalho (objeto de trabalho), e os meios de trabalho que é o instrumental utilizado para a realização do trabalho.

Na realização do trabalho encontra-se presente o trabalho vivo - que é o trabalho racional, criador, empregado na criação de bens materiais - e o trabalho materializado (morto), que é o trabalho despendido no passado para a produção de meios de produção (edifícios, maquinaria, matérias-primas etc.), resultado de um trabalho humano anterior, podendo ser considerado uma cristalização do trabalho vivo já realizado.

É na realização do trabalho que o homem estabelece relações com outros homens, pois aquele não pode nunca ser realizado isoladamente. Por isso, o trabalho é, necessariamente, coletivo.

Por ser realizado coletivamente, o trabalho gera a necessidade dos homens se comunicarem entre si, e, assim, há necessidade do estabelecimento de uma linguagem articulada, através da qual os homens irão expressar suas representações e concepções de mundo. É esse caráter coletivo que faz com que o trabalho tenha também um caráter social.

O trabalho é, sempre, atividade coletiva: seu sujeito nunca é um sujeito isolado, mas sempre se insere num conjunto (maior ou menor, mais ou menos estruturado) de outros sujeitos. Essa inserção exige não só a coletivização de conhecimentos, mas, sobretudo implica convencer ou obrigar outros à realização de atividades, organizar e distribuir tarefas, estabelecer ritmos e cadências, etc. – e tudo isso, além de somente ser possível com a comunicação propiciada pela linguagem articulada (...). Esse caráter coletivo da atividade do trabalho é substantivamente, aquilo que se denominará social (NETTO & BRAZ, 2007, p. 34).

A cooperação é a forma de trabalho em que muitos trabalhadores realizam uma atividade conjunta tendo por base um plano determinado, inseridos no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes que sejam interligados. O efeito que o trabalho combinado produz não pode ser produzido pelo trabalho individual, ou só chegaria a um mesmo resultado em um espaço de tempo mais longo ou numa escala reduzida. “Não se trata aqui da elevação da força produtiva individual através da cooperação, mas da criação de uma força produtiva nova, a saber, a força coletiva” (MARX, 2001, p. 379)³⁵.

Ainda de acordo com Marx (2001, p.380),

embora realizem simultaneamente e em conjunto o mesmo trabalho ou a mesma espécie de trabalho, podem os trabalhos individuais representar,

³⁵ Pondo de lado a nova potência que surge da fusão de muitas forças numa força comum, o simples contato social, na maioria dos trabalhos produtivos, provoca emulação entre os participantes, animando-os, estimulando-os, o que aumenta a capacidade de realização de cada um (...) (MARX, 2001, p.379).

como partes do trabalho total, diferentes fases do processo de trabalho, percorridas mais rapidamente pelo objeto de trabalho em virtude da cooperação.

No âmbito da saúde, o trabalho é definido como essencial para a vida dos homens, sendo parte do setor de serviços. Estando situado na esfera da produção não material, este tipo de trabalho se completa no mesmo momento de sua realização, e o seu produto é indissociável do processo de sua produção, pois é a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

Segundo Pires (1998), no trabalho em saúde o objeto seria o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de doenças; o instrumental passaria pelos instrumentos e condutas que melhor representam e se adequam ao nível de conhecimento do Saber Saúde, com a finalidade de construir uma ação terapêutica, que produza prestação da assistência de saúde ao mesmo tempo em que é consumida.

De acordo com Merhy³⁶ (2004), para o desenvolvimento de suas atividades, os trabalhadores fazem uso de tecnologias³⁷ que se classificam em três tipos: duras, que são o conjunto de instrumentos e equipamentos materiais do trabalho como máquinas, aparelhos, normas e estruturas que operam o trabalho em saúde; leve-duras, que são saberes estruturados que operam no processo de trabalho; e as leves, que se dão no trabalho vivo em ato. São as relações de vínculo, escuta, intersubjetividade, as interações.

Merhy (1997 a, c; 2002) aponta que no trabalho em saúde, a questão primordial para o seu entendimento é a compreensão da centralidade do trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves em dois âmbitos: no primeiro, opera como gestor de processos, construindo objetos, recursos e intenções; e no segundo, age para a produção de bens e produtos. As tecnologias de relações, encontros de subjetividades, se sobrepõem aos saberes tecnológicos estruturados, permitindo a realização de práticas de acolhimento, vínculo, escuta, autonomização.

O autor disserta que a organização do trabalho deve ficar centrada no trabalho vivo, pois este possibilita a produção do compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar,

³⁶ O autor para a reflexão do trabalho em saúde tem por base formulações teóricas de Marx. Ver: Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.

³⁷ De acordo com Franco & Merhy (2003, p. 116), as tecnologias são aqui entendidas como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas (...). Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações (...).

resolver e automatizar a relação trabalhadores de saúde/usuários, com a perspectiva de favorecer a curatividade e a produção de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários. O trabalho em saúde se realiza junto a pessoas (e não sobre coisas ou objetos), a partir de um encontro entre trabalhador e usuário, em seus espaços intercessores³⁸, permeado por suas histórias de vida.

Merhy (2002) enfatiza que no trabalho em saúde a efetivação da tecnologia leve é uma das suas dimensões-chave, representando em última instância, as necessidades de saúde como sua intencionalidade, sendo, portanto, um caminho de publicização das diferentes intencionalidades dos vários sujeitos que conformam o trabalho em saúde.

Louzada et al (2007) sinalizam que, no trabalho em saúde, a cooperação é um elemento central na realização do trabalho e na processo de tomada de decisões, sendo a produção do cuidado formulada a partir da convergência entre diferentes experiências, porém amparadas em uma mesma referência ética. Assim, as ações não são de ordem somente executora e nem guiadas somente por escolhas individuais, já que sempre há envolvimento em normas antecedentes que foram construídas de forma coletiva ao longo da história.

Por isso,

Pode-se treinar, por exemplo, atendentes a falar “bom-dia”, sorrir, mas isso não alterará necessariamente sua rispidez ou postura de superioridade em face de questões levantadas por usuários na fila de espera do posto de saúde. O treino, como constitutivo de normas antecedentes, pode ser efetivado e até mesmo dimensionado; pode-se acompanhar uma série de atendimentos e contar/verificar a realização do mesmo. Mas os sentidos, as escolhas efetivadas *em face de, no encontro com, no estar com*, são sempre da ordem de valores não dimensionáveis (LOUZADA et al, 2007, p.46).

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo, realizado por diferentes profissionais e seus saberes. Realiza-se por profissionais que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.; e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços, mas que suas atividades são fundamentais para a assistência, como: porteiros, cozinheiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos (PIRES, 1998).

Todo profissional de saúde, independente da habilitação obtida, exerce práticas terapêuticas que produzem a necessidade das suas ações profissionais e dos serviços de saúde.

³⁸ O uso desse termo é para designar o espaço de relação que se produz o encontro dos “sujeitos”, isto é, nas suas intercessões, que é um produto para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo. É fundamental numa análise de processo de trabalho tentar descobrir o tipo de intercessão que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior (MERHY, 2004, p. 123).

Essa prática ocorre através de diferentes categorias profissionais, planos de conhecimento e práticas em si.

Cada profissão possui seus núcleos de saberes e práticas com vigor de reprodução social nos sistemas de ensino e formação, exercício profissional e trabalho. As profissões de saúde existem em um campo de saberes e práticas que são capazes de interferir no processo de ser saudável – adoecer/curar - cujos núcleos de competência se organizam pelas práticas de assistir e práticas de promoção da saúde, que são distintas na medida em que se voltam para as pessoas ou às coletividades humanas³⁹.

Cada profissão possui uma disciplina prática de interpretação do processo saúde-doença e uma qualidade de comunicação diferente com as histórias afetivas que configuram padecimentos, aflições ou demanda dos usuários individuais ou coletivos das ações e serviços de saúde. Cada plano profissional de ação terapêutica opera num *horizonte fabulatório* particular, projetando uma inscrição especificada de referência (CECCIM, 2004, p. 269).

Considerando que todo profissional de saúde requer habilitação técnica para a clínica e para operação de recursos e instrumentos terapêuticos, vê-se a possibilidade da organização de uma assistência em conjunto/equipe, deslocando o eixo da organização das práticas profissionais de atenção à saúde do corporativo-centrado (responsabilidade dos atos de saúde pertence ao profissional que o executa), para o eixo usuário-centrado (responsabilidade com as necessidades dos usuários e o direito à saúde).

Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla - social, psicológica, biológica e cultural -, e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso processo de especialização, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos (SCHRAIBER et al, 1999).

Dessa forma, o trabalho em equipe pode ser definido, como

(...) o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar (...). A integração dos profissionais, trabalhadores

³⁹ No Brasil, de acordo com a Resolução n 218 de 06 de março de 1997, a grande área da saúde é composta por quatorze profissões reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde: Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Bioquímicos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns (SCHRAIBER et al, 1999, p. 233-234).

A efetivação da saúde ocorre por meio da construção de modelos de atenção que são a forma como é construída a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho comprometidos com o cuidado individual, coletivo, social, dos meios, coisas e lugares, e que tem como fim a produção da saúde (MERHY, 2003).

Inseridos nesses modelos de atenção o autor ressalta a existência de três tipos de sujeitos: os usuários, os trabalhadores e os gestores. Partindo de uma situação ideal, Merhy (2003) apresenta um esquema analítico de compreensão desses três sujeitos.

Nessa análise, o autor aponta a inserção dos gestores que são “governo”: os que fazem parte da máquina estatal e controlam seus recursos, os que ocupam lugares no aparato jurídico-político do Estado. Estes são os sujeitos responsáveis pela negociação da natureza pública e privada da saúde como valor de uso e de troca; e pela dimensão pública e privada das arenas institucionais, e organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado em saúde.

Os usuários são compreendidos como indivíduos ou grupos que possuem necessidades de saúde relacionadas a boas condições de vida: moradia, alimentação, educação, transporte, lazer; ser sujeito de direito e cidadão, respeitado em suas necessidades especiais; ter acesso a todas as tecnologias (saberes, equipamentos e práticas) que melhorem e prolonguem sua vida; ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou com uma equipe, e por fim, a necessidade de autonomia e autocuidado nas opções a serem feitas sobre o modo de conduzir a sua vida.

Os trabalhadores são analisados como aqueles que são responsáveis pela operação dos saberes tecnológicos (materiais ou não), para a produção do cuidado individual ou coletivo que tem como promessa a cura e a saúde.

O trabalhador da saúde é compreendido como um sujeito social e sujeito no trabalho, “interligando-se as temáticas do sujeito individual e sujeito coletivo na cena institucional e na cena social” (SCHRAIBER & MACHADO, 1997, p. 287).

As autoras citadas ressaltam ainda que ser um trabalhador da saúde implica em ter um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva para lidar com pessoas em situação frágil e dependente das suas orientações, o que exige do profissional disciplina, responsabilidade, atenção, e a capacidade de conviver com a dor e o sofrimento.

A assistência à saúde envolve um trabalho do tipo profissional, realizado por trabalhadores que possuem conhecimentos e técnicas específicas para realizar atos assistenciais comprometidos com indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecimento, realizando atividades investigativas, preventivas, curativas e de reabilitação (PIRES, 2005).

Esses sujeitos que compõem o trabalho em saúde travam relações de poder e estabelecem espaços de conflitos. No âmbito público, estão expostos, tanto à burocracia profissional que é coordenada pela padronização de atividades, quanto à forma divisionalizada, uma vez que as ações do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde são minimamente interdependentes. Ficam expostos também ao próprio direcionamento político dos gestores. Em ambas as configurações, as relações de poder se manifestam principalmente na organização do processo produtivo (SANTANA, 2001).

O trabalho possui ainda uma dimensão ética porque, como atividade direcionada a determinados fins, relaciona-se a valores, com o dever ser, articulado com uma dimensão de conhecimento e ético-moral (IAMAMOTO, 2001).

Segundo Campos (1997), no trabalho em saúde, o que assegura o seu valor de uso é a defesa da vida. Conseqüentemente, a ética dos profissionais deve estar voltada para este objetivo. Dessa forma, os usuários não seriam reduzidos à condição de objeto, “ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997, p.243).

2.2 Trabalho em Saúde e Capitalismo

No capitalismo, a natureza do processo de trabalho não se altera, no entanto possui especificidades, pois as relações de produção capitalistas baseiam-se na propriedade privada sobre os principais meios de produção. Ocorre um processo de consumo de força de trabalho onde o trabalhador desenvolve sua atividade, seu trabalho, sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho; e o produto resultante também é de propriedade do capitalista, não do seu produtor imediato que é o trabalhador (MARX, 2001, p. 219).

Todo trabalho envolve dispêndio de força humana determinada a um fim. A força de trabalho ou capacidade de trabalho é compreendida como o conjunto das faculdades físicas e mentais contidas no corpo e na mente do homem, as quais ele coloca em ação quando produz valores. O valor de uso da força de trabalho tem a qualidade de ser fonte de valor, ou seja,

seu consumo é, ao mesmo tempo, materialização de trabalho, portanto, criação de valor (MARX, 2001, p.197).

É no mercado que ocorre a compra da força de trabalho e o pagamento do seu valor. É o momento em que o comprador adquire o direito de consumir ou usar a mercadoria que comprou: “a força de trabalho de um homem é consumida, ou usada, fazendo-a trabalhar, assim como se consome ou se usa uma máquina fazendo-a funcionar” (MARX, 2005, p. 90).

O mercado de trabalho, portanto, é uma das esferas das práticas sociais onde a força de trabalho, de acordo com normas e leis, é comprada e vendida. São estabelecidas relações entre trabalhadores, empregadores, capitalistas, que podem ser mediadas ou não pelo Estado, e sofrem determinações das condições econômicas do país.

A venda da força de trabalho ao capitalista ocorre por meio do assalariamento, ou seja, é dada ao trabalhador uma soma de dinheiro para se pagar determinada quantidade de trabalho, que de acordo com Marx (2001, p. 615) aparece na superfície da sociedade burguesa como preço do trabalho.

Nesse sentido, Marx (2005) aponta que o trabalho assalariado é distinto das outras formas históricas de trabalho devido à falsa aparência que gera. A primeira, é que o valor ou preço da força de trabalho aparece como o preço ou valor do próprio trabalho; e a segunda é que todo o trabalho realizado aparece como pago, não sendo visto que apenas uma parte do trabalho diário do trabalhador é paga, e a outra não paga é geradora de mais-valia e lucro.

Harvey (1998, p.119) ressalta que todo trabalho tem exigência de concentração, autodisciplina, conhecimento das potencialidades das matérias-primas para fazê-las produtos úteis, articuladas com os instrumentos de trabalho. Porém, a produção de mercadorias em condições de assalariamento coloca grande parte dos conhecimentos, das decisões técnicas e do aparelho disciplinar, externa à pessoa que de fato realiza o trabalho.

Na sociedade capitalista, a força de trabalho é direcionada para produzir mercadorias. É um objeto externo, uma coisa que por meio de suas propriedades satisfaz necessidades humanas, que podem ser consideradas sob duplo aspecto: qualidade e quantidade. Os objetos produzidos possuem um conjunto variado de propriedades podendo ser úteis de diferentes modos. É essa utilidade que faz o objeto conter um valor de uso, que só vai se realizar na sua utilização ou consumo, e vir a ser o conteúdo material da riqueza.

Na sociedade capitalista, portanto, os valores de uso são ao mesmo tempo veículos materiais do valor de troca. Um bem terá valor de troca quando ele pode ser trocado por outro ou por dinheiro. A relação determinada segundo a qual eles são trocáveis constitui seu valor

de troca ou, expresso em dinheiro⁴⁰, seu preço. Sua utilidade para a sociedade é o que irá lhe permitir ter valor de troca. “Como valores de uso, as mercadorias são, antes de tudo, de qualidade diferente. Como valores de troca, só podem diferir na quantidade, não contendo, portanto, nenhum átomo de valor-de-uso” (MARX, 2001, p. 59).

Uma mercadoria sempre encerra ao mesmo tempo um valor de uso e um valor⁴¹. Por isso, o trabalho que a produz possui duplo caráter: o trabalho concreto, em que o homem atua sobre a natureza para produzir mercadorias socialmente necessárias e úteis, possuindo valor de uso; e o trabalho abstrato, que é caracterizado como trabalho de uma forma geral, pois é aquele que ocorre quando há dispêndio de força humana produtiva, mental ou física, determinada socialmente em troca de um salário, possuindo dessa forma, um valor de troca, sendo assim, alienado (MARX, 2001, p. 68).

A partir dessa visão do trabalho em geral, pode-se buscar um entendimento do trabalho em saúde.

No Brasil, o mercado de trabalho em saúde é uma importante parcela da economia nacional no setor de prestação de serviços (público e privado), uma vez que gera dois milhões de empregos diretos⁴². Apesar de estar inserido em uma era tecnológica caracterizada pela redução do uso de mão-de-obra, “o setor saúde é um dos maiores geradores de empregos na economia, configurando-se de grande relevância social não só pelos serviços prestados à população como pela sua enorme capacidade geradora de empregos” (MACHADO, 2005).

É um mercado de trabalho com características próprias, pois necessita de profissionais especializados, uma vez que qualquer atividade realizada na área requer profissionais com qualificação específica (formal ou empírica), seja de nível superior ou elementar.

De acordo com Machado (2005), o setor público é o maior empregador na área; a maioria da força de trabalho é feminina, representando um total de 70%; a mão de obra é de

⁴⁰ O dinheiro é um cristal gerado necessariamente pelo processo de troca, e que serve, de fato, para equiparar os diferentes produtos do trabalho e, portanto, para convertê-los em mercadorias (MARX, 2001, p.111). É dinheiro a mercadoria que serve para medir o valor e, diretamente ou através de representante, serve de meio de circulação. (...) Desempenha o papel de dinheiro diretamente ou por meio de representante, quando configura com exclusividade o valor ou a única existência adequada do valor- de - troca das mercadorias, em oposição à existência delas como valores – de – uso (MARX, 2001, p. 156 -157).

⁴¹ Chegamos, assim, a esta conclusão: uma mercadoria tem um valor porque é uma cristalização de um trabalho social. A grandeza de seu valor, ou seu valor relativo, depende da maior ou menor quantidade dessa substância social que ela encerra, quer dizer, da quantidade relativa de trabalho necessária à sua produção (MARX, 2005, p. 74).

⁴² O setor saúde no país corresponde a aproximadamente 70 mil estabelecimentos de saúde e cerca de 500 mil leitos hospitalares. O setor possui mais de 300 mil médicos, equipe de enfermagem com mais de 800 mil profissionais, 190 mil odontólogos e mais de 190 mil agentes comunitários de saúde (MACHADO, 2005).

uso intenso e diversificado; os profissionais são contratados de variadas formas (concurso, contratos), e as jornadas de trabalho variam de 12 até 44 horas.

De acordo com Pereira (2007, p. 162) o trabalho nos serviços de saúde, tem cada vez mais absorvido características do trabalho que produz valor através da

Privatização crescente da área da saúde, onde esse trabalho se torna produtivo – na relação do trabalhador da saúde com os “donos” das instituições privadas –, quer pela tecnologização da ciência – na perspectiva da razão instrumental⁴³ –, quer pela produção de uma subjetividade alienada de seus trabalhadores. Soma-se a isso o processo de semiformação que são submetidos a sociedade e os indivíduos, indo de encontro à construção e internalização de valores éticos e políticos a favor de um processo civilizatório.

Pires (1998) destaca que nos serviços públicos e estatais geralmente se considera apenas o seu valor de uso, excluindo os critérios de rentabilidade que perpassam os serviços organizados pelo Estado. Pereira (2007) corrobora com a autora afirmando que o trabalho em saúde no capitalismo, contém também duplo caráter, manifestado pelo trabalho concreto e abstrato.

Merhy (1997), ao analisar a relação entre produção, consumo e necessidades em saúde, traz para o debate algumas reflexões postas por Campos (1992). O autor apresenta que o usuário de um serviço de saúde, quando o procura, está atrás do consumo de ações que irão auxiliá-lo para que sua saúde seja restabelecida. Esta troca “permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” (...) cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar a vida” (MERHY, 1997, p. 87).

Imbuído dessa reflexão, Merhy (1997) aponta que o trabalho em saúde possui características muito específicas, pois o consumo pelo usuário ocorre no mesmo momento da produção da ação.

Por esses fatos explanados, o autor considera que o processo de trabalho em saúde não ocorre de modo idêntico ao do mundo produtivo das fábricas, pois as ações em saúde são menos estruturadas, e estão constantemente diante da relação trabalhador/usuário - espaço que potencializa o trabalho vivo em ato e o jogo das necessidades em saúde.

⁴³ É uma racionalidade que está subjacente às formas de ser, pensar e agir na ordem social capitalista. As ações instrumentais, por sua vez, são as ações pragmáticas, imediatistas, que visam a eficácia e eficiência a despeito dos valores e princípios. Nestas ações, muitas vezes, impera a repetição, o espontaneísmo, considerando a necessidade de responder imediatamente às situações existentes. São ações isentas de conteúdo valorativo, na qual a preocupação restringe-se à eficácia dos fins. Estes subsumem a preocupação com a correção dos meios (valores e princípios ético-políticos e civilizatórios). São respostas operativo-instrumentais, de caráter manipulatório, as quais necessitam transformar as condições imediatamente dadas (GUERRA, 2000b).

Na sociedade capitalista, na medida que se desenvolve a capacidade produtiva, a sociedade divide ocupações necessárias à produção de bens entre seus membros, formatando a chamada divisão técnica do trabalho, que é entendida como a separação entre os diferentes tipos de atividade laboral.

A divisão social do trabalho que ocorre por meio da diferenciação de apropriação dos meios de produção entre as classes sociais, possui como uma das suas mais importantes formas a especialização da produção, que é o aumento do número de ramos especiais autônomos, que reparte o trabalho em especialidades (SÁVTCHENKO, 1987).

No conjunto formado pelos valores - de - uso diferentes ou pelas mercadorias materialmente distintas, manifesta-se um conjunto correspondente dos trabalhos úteis diversos - classificáveis por ordem, gênero, espécie, subespécie e variedade -, a divisão social do trabalho. Ela é condição para que exista a produção de mercadorias, embora, reciprocamente, a produção de mercadorias não seja condição necessária para a existência da divisão social do trabalho (MARX, 2001, p. 64).

Quando se fala em divisão do trabalho na saúde, a principal referência é a divisão do trabalho médico, uma vez que é a fundadora da técnica científica moderna na saúde, e o núcleo do qual os outros trabalhadores derivam.

Assim, a divisão do trabalho caracteriza-se pelo processo de divisão interna do trabalho médico constituindo as especialidades médicas, pelo desdobramento do trabalho médico em atividades assumidas por outros agentes, tais como enfermagem, e pela agregação de outros profissionais com área de atuação complementares, como Psicologia, Serviço Social e tantos outros (MENDES-GONÇALVES, 1992 *apud* PEDUZZI, 2002, p. 85).

Na saúde, a organização e a divisão do trabalho são definidas pelos objetivos aos quais se quer chegar. Se o objetivo é a produção da cura, centrado na concepção médico-curativa, o processo de trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, onde os grupos de profissionais realizam suas atividades de forma isolada, por ter como elemento central a atuação do médico.

Campos (1997) observa que a organização parcelar do trabalho em saúde e a centralidade em determinada etapa do projeto terapêutico produzem a alienação e podem dificultar o reconhecimento do trabalho realizado. Isto é propiciado se o profissional não se sente sujeito ativo do processo de trabalho ao qual está inserido, perdendo contato com elementos que potencializam e estimulam sua criatividade e conseqüentemente, perderá a responsabilidade pelo objetivo final do seu processo interventivo.

Por sua vez, se o objetivo final é a produção da saúde, centrada numa perspectiva cuidadora, a organização do trabalho é centrada no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade.

No modo de produção capitalista, o trabalho é visto como algo externo, como compulsório e cansativo, que não faz parte da essência humana. Por apropriarem dos meios de produção privada, os capitalistas se apropriam dos resultados do trabalho e o homem trabalhador se vê excluído de todo processo de produção, sem ter também domínio sobre o produto do seu trabalho.

O homem, ao ver o produto do seu trabalho (que se desenvolve no processo de trabalho) como alheio, não se reconhece como ser genérico e não reconhece os outros homens, ocorrendo assim, a alienação do trabalho.

Marx (1994) considera a alienação sob dois aspectos. O primeiro se refere à relação que o trabalhador estabelece com o produto do trabalho: o trabalhador o apreende como um objeto alheio que tem poder sobre ele. O segundo se relaciona com o ato da produção dentro do trabalho: o trabalhador reconhece seu trabalho como alheio, como uma atividade voltada contra ele que provoca sofrimento, desgaste.

Esse processo de alienação é desencadeado, portanto, porque o homem não possui controle sobre o seu processo de produção, uma vez que este ocorre sob a vigilância despótica do capital.

(...) o objeto que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um ser alheio, como um poder independente do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, se fez coisa, é a objetivação do trabalho. A realização efetiva do trabalho é a sua objetivação. No estado econômico – político esta realização efetiva do trabalho aparece como desefetivação do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação, como exteriorização (MARX, 1994, p. 149).

Segundo Antunes (2005, p. 9) o trabalho como atividade vital é visto assim como um trabalho alienado, como expressão da relação social que se funda na propriedade privada, no capital e no dinheiro. “Alienado frente ao produto do seu trabalho e frente ao próprio ato de produção da vida material, o ser social torna-se um ser estranho frente a ele mesmo: o homem estranha-se em relação ao próprio homem, tornando-se estranho em relação ao gênero humano”.

O autor ainda aponta que, apesar do trabalho ser o ponto inicial para o processo de humanização do ser social, na sociedade capitalista este trabalho se torna estranhado. É remetido às barreiras sociais que impedem o desenvolvimento da individualidade e da

personalidade humana. O homem se sente estranhado em relação ao produto do seu trabalho, ao processo de produção da vida material, tornando-se estranho a si mesmo⁴⁴.

O trabalho como atividade vital, verdadeira, desaparece: “uma vez pressuposta a propriedade privada, minha individualidade se torna estranhada até tal ponto, que esta *atividade* se torna *odiosa*, um *suplício* e, mais que atividade, *aparência dela*; por conseqüência, é também uma atividade puramente *imposta* e o único que em obriga a realizá-la é uma necessidade extrínseca e acidental, *não* a necessidade interna e necessária (MARX, 1983, p. 299 *apud* ANTUNES, 2002, p. 127) (grifos do autor).

Campos (1997) destaca que no trabalho em saúde, o grau de alienação dos trabalhadores em relação ao objetivo, objeto e meios de trabalho está relacionado e varia de acordo com a conjuntura e atuação dos sujeitos sociais. Destaca ainda que este processo de alienação prejudica tanto os usuários dos serviços de saúde, quanto os próprios trabalhadores.

A fixação da inteligência e da disciplina em fragmentos do processo de reabilitação ou da promoção da saúde, não somente embrutece o profissional, como o aborrece. Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla até o desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável (CAMPOS, 1997, p. 235).

Concluo, ressaltando que essa exposição demarca o entendimento de que o trabalho em saúde inserido na sociedade capitalista possui características específicas e universais, (como todo trabalho) que perpassam pelo seu duplo caráter: concreto e abstrato, que vão atribuindo feições a sua forma de expressar na sociedade (PEREIRA, 2007).

⁴⁴ O trabalho estranhado faz, por conseguinte: 3) do ser *genérico do homem*, tanto da natureza quanto da faculdade genérica espiritual dele, um ser *estranho* a ele, um *meio* da sua existência individual. Estranha do homem o seu próprio corpo, assim como a natureza fora dele, tal como a sua essência espiritual, a sua essência *humana*. 4) uma conseqüência imediata disto, de o homem estar estranhado do produto do seu trabalho, de sua atividade vital e de seu ser genérico é o estranhamento do homem pelo (próprio) homem. Quando o homem está frente a si mesmo, defronta-se com ele o outro homem. O que é produto da relação do homem com o seu trabalho, produto do seu trabalho e consigo mesmo, vale como relação do homem com outro homem, como trabalho e o objeto do trabalho de outro homem (MARX, 2004, p. 85-86).

2.3 Trabalho em Saúde e Capitalismo Contemporâneo

No capitalismo contemporâneo, o mundo do trabalho vem sofrendo alterações devido ao esgotamento dos padrões de acumulação. Em consequência, passou a necessitar de modificações para que fossem mantidas a lucratividade, a extração de mais-valia e a acumulação incessante do capital (ANTUNES, 2002).

Ao final dos anos 1960, o padrão de acumulação capitalista vigente (centrado no fordismo/taylorismo e baseado no modelo keynesiano de Estado)⁴⁵ começou a se exaurir, abalando a acumulação do capital. Houve a necessidade então, de realizar uma reestruturação na produção.

A reestruturação produtiva estabeleceu novas formas de produção e de relação entre capital-trabalho e Estado. Novas formas de organização do trabalho apareceram, houve a substituição da produção em série e de massa pela flexibilização da produção e das relações de trabalho, que deram origem a novas formas de produção em busca de lucratividade, consubstanciando o modelo de acumulação flexível (ANTUNES, 2002).

Este modelo investiu na especialização do produto, ao lançar bens não padronizados no mercado. Passaram a ser utilizadas máquinas universais programáveis e redes de subcontratação por meio de um relacionamento cooperativo entre empresas. Surgiu uma busca incessante pela qualidade total dos serviços e produtos, que passou a exigir outro perfil dos trabalhadores. O novo modelo implicava ainda na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, produtos, padrões de consumo, contratos de trabalho, salário, direitos trabalhistas e sociais, e o uso do trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado (HARVEY, 1998).

Com a acumulação flexível⁴⁶, a criação de empregos industriais foi baixíssima, aumentou-se a automação, modificou-se o perfil das habilidades do trabalhador e deu-se o progressivo enfraquecimento das bases sindicais.

Se por um lado houve a diminuição dos trabalhadores nas indústrias, por outro houve um aumento significativo no setor de serviços. O perfil do trabalho mudou com a entrada das mulheres para o mercado de trabalho. Os salários diminuíram, os empregos temporários

⁴⁵ O longo período de expansão pós-guerra que se estendeu de 1945 a 1973, teve como base um conjunto de práticas de controle de trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político - econômico, e de que esse conjunto pode com razão ser chamado de fordista - keynesiano (HARVEY, 1998, p. 119).

⁴⁶ A acumulação flexível como cunhada por Harvey (1998) envolve várias estratégias e mudanças no capitalismo contemporâneo. A reestruturação produtiva é uma dessas dimensões.

aumentaram e o desemprego estrutural se firmou, como também o assalariamento nos setores médios.

No desenvolvimento do processo de trabalho, houve uma separação entre trabalhadores qualificados e não qualificados. Os qualificados são aqueles que sabem operar as máquinas computadorizadas, equipamentos de última geração, enquanto que os trabalhadores que ainda realizam o trabalho manual são desqualificados, perdendo seus postos de trabalho.

O vasto número de pessoas em busca de trabalho passou a dificultar a luta por melhores salários e fez com que sobressaíssem valores como o individualismo e a competição.

Essa estrutura

(...) propicia a interiorização, para o mundo das relações socioculturais, de valores originados na racionalidade do mercado, tais como: *competição*, vista como lei da vida social; *sucesso* visto como vitória pessoal (com conseqüente exclusão ou dominação do outro); *individualismo*, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos); *lucro*, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera dos valores através do seu correspondente social; *vantagem* (os indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem *vantagem* sobre os outros); *consumismo*, visto como sinal demonstrativo de sucesso (*ter*, ou mesmo aparentar ter, como expressão máxima do *ser*) (LUZ, 2004, p.10).

No campo da economia, houve uma quebra na divisão do trabalho entre países centrais e periféricos. Estes transferiram parte de seus parques produtivos para os países dependentes economicamente em busca de mão de obra barata e incentivos fiscais, que resultou na internacionalização do processo produtivo⁴⁷. A revolução tecnológica, que teve como centro a informática, fez com que processos produtivos históricos fossem sobrepostos pela capacidade científica e pela criação de novas técnicas e produtos.

Há uma expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado (Marx, 1978), onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. O que, é evidente, não caminha para a eliminação da classe trabalhadora, mas para sua precarização e utilização de maneira ainda mais intensificada. Em outras palavras: aumentam os níveis de exploração do trabalho (ANTUNES, 2002, p.183).

⁴⁷ A Indonésia promove, em nome do sistema do livre mercado, violações dos direitos humanos, solapando o direito à subsistência daquele cuja mão-de-obra depende sua vantagem competitiva. (...) Muitas transnacionais estão subcontratando aqui: Lévi-Strauss, Nike, Reebok. Muitos subcontratantes são de propriedade de coreanos. Todos tendem a pagar baixos salários e a impor a gerência brutal. (...) elas sempre procuram os menores custos de produção... Alguns subcontratantes vão de Jacarta para cidades menores, nas quais os trabalhadores têm ainda menos capacidade de se unir para melhorar suas condições (HARVEY, 2004, p. 66).

Harvey (1998) aponta que a acumulação flexível parece realizar uma recombinação das duas estratégias de procura de mais-valia definidas por Marx, pois apóia-se na extensão da jornada de trabalho em relação ao salário necessário à garantia da reprodução da classe trabalhadora (mais valia absoluta); e na mudança organizacional e tecnológica a fim de gerar lucros temporários para empresas inovadoras, e lucros generalizados com a redução dos custos dos bens que definem o padrão de vida do trabalho (mais valia relativa).

A passagem para mais horas de trabalho associadas com uma redução geral do padrão de vida através da erosão do salário real ou da transferência do capital corporativo de regiões de altos salários para regiões de baixos salários representa uma faceta da acumulação flexível de capital. Nos termos da segunda estratégia, a mais valia relativa enfatiza a importância de forças de trabalho altamente preparadas, capazes de compreender, implementar e administrar padrões novos, mas muito mais flexíveis, de inovação tecnológica e orientação de mercado. Surge então um estrato altamente privilegiado e até certo ponto poderoso da força de trabalho, à medida que o capitalismo depende cada vez mais da mobilização de forças de trabalho intelectual como veículo para mais acumulação (HARVEY, 1998, p.174-175).

Como momento predominante desse processo de reestruturação produtiva tem-se o toyotismo⁴⁸ (ALVES, 2005). Essa forma de organização do trabalho possui como características básicas: produção relacionada com a demanda; produção variada e heterogênea; fundamenta-se no trabalho em equipe com multivariada de funções; baseia-se no *just in time*, ou seja, deve-se ter o máximo de aproveitamento do tempo de produção, funcionando de acordo com “o sistema de *kanban*, placas ou senhas de comando para reposição de peças e de estoque” (ANTUNES, 2002, p. 181); tem-se a horizontalização do processo produtivo e a transferência a terceiros do que anteriormente era produzido pela empresa.

Acoplados a essas mudanças tem-se a expansão dos chamados Círculos de Qualidade Total (CCQ) onde grupos de trabalhadores são motivados pelo capital à discussão sobre trabalho e desempenho com vistas à melhora da produtividade. Os CCQ se tornaram “a nova forma de apropriação do *saber fazer intelectual* do trabalho pelo capital” (ANTUNES, 2002, p. 182) (grifos do autor); associado também, à reengenharia⁴⁹ e à empresa enxuta.

⁴⁸ Forma de organização do trabalho que nasce a partir da fábrica da Toyota no Japão.

⁴⁹ A reengenharia requer uma reestruturação radical dos processos empresariais, para alcançar melhorias drásticas em indicadores de desempenho como custos, qualidade, atendimento e velocidade. Entre as instruções práticas (...) estão: o *dowsizing*, que implica na redução dos níveis hierárquicos da organização, ou em outras palavras, na extinção e reorganização de cargos, a terceirização das atividades que não criam valor adicionado aos produtos e serviços da empresa; e o uso intensivo de tecnologias de informação, ou seja, a automação e

Somado a esse movimento, têm-se as modificações do cenário mundial oriundas da globalização, do neoliberalismo e da Reforma do Estado.

Essas mudanças são orientadas por um ideário que preconiza: diminuição dos gastos sociais; redução dos serviços sociais públicos; eliminação de programas e redução de benefícios; conceito de mercado como mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação das necessidades dos indivíduos. Esse ideário ressalta ainda a competição e o individualismo, desregulamenta e flexibiliza as relações trabalhistas. Por fim, rechaça os direitos sociais e responsabiliza a sociedade pela satisfação desses direitos (LAURELL, 2002).

O neoliberalismo coloca o mercado como mediador da sociedade e reduz as funções sociais do Estado. Este passa a intervir junto às camadas da população que não possuem poder aquisitivo para fazer uso dos serviços privados, promove a despolitização das relações sociais e dos direitos historicamente conquistados, valorizando o assistencialismo e o “favor”.

Essas modificações foram traduzidas para a população em desemprego, encarecimento da moradia, desamparo social, quebra dos direitos historicamente conquistados, empregos informais, doenças, entre outros óbices, que resultaram na deterioração das condições de vida da maioria da população⁵⁰.

(...) na era neoliberal, o novo complexo de reestruturação produtiva, (...) pode ser considerado uma nova ofensiva do capital na produção. Ele é parte intrínseca de um processo sócio-histórico de desenvolvimento capitalista, cujo resultado é a desconstrução do mercado de trabalho urbano, por intermédio da precarização de empregos e salários e da debilitação do operário – massa e do sindicalismo classista, tal como se constituiu sob a industrialização substitutiva (ALVES, 2005, p. 119).

Iamamoto (2007) acrescenta ainda que essa discussão na atualidade deve ser analisada a partir da compreensão do processo de mundialização do capital que tem estimulado a generalização das relações mercantis nas diferentes dimensões da vida social, “que afetam transversalmente a divisão do trabalho, as relações entre as classes e a organização da produção e distribuição de serviços. Ela espraia-se na conformação da sociabilidade e da cultura, reconfigura o Estado e a sociedade civil” (IAMAMOTO, 2007, p. 21).

Importante considerar que o trabalho em saúde também sofreu e têm sofrido influências das mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho (processo

informatização de processos para reduzir custos e aumentar a velocidade de atuação da empresa (PAULA, 2007a, p. 60).

⁵⁰ Essas mutações criaram, portanto, uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexificada, dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc., sem falar nas divisões que decorrem da inserção diferenciada dos países e de seus trabalhadores na nova divisão internacional do trabalho (ANTUNES, 2002, p. 184).

produtivo flexível), vigentes nos setores mais dinâmicos da economia, sendo influenciado pelo planejamento estratégico e gerenciamento flexível, projetos de controle de qualidade total e crescente incorporação de tecnologia (PIRES, 1998; PEDUZZI, 2002).

Em conseqüência, esse processo influencia assim na priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais, falha das tecnologias informacionais, superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários (COSTA, 2000; PAULA, 2007a). Esse quadro atingiu diretamente a política de saúde, e se chocou com os princípios e diretrizes do SUS.

Tais influências ocorrem porque o trabalho em saúde possui um caráter histórico, isto é, transforma-se à medida que a sociedade é transformada.

Desta forma, o trabalhador de saúde, inserido no modo de produção do capitalismo, lida com a perda de direitos trabalhistas, a flexibilização e importação de conhecimentos, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, miséria, desemprego, violência, com a produção social da doença inserida nesse modo de produção. Além disso, tem sua formação, muitas vezes, em escolas que priorizam a técnica ou uso de tecnologias pesadas, preservando a visão mercadológica e a supremacia de uma profissão sobre a outra (FORTUNA et al, 2002).

A valorização da ciência e da tecnologia opera também uma transformação sobre o trabalho alterando produtos, processos ou gestão, exigindo novos perfis dos trabalhadores, requerendo nova conformação laboral ditada por tendências (muitas vezes contraditórias) relacionadas com a polivalência, ausência de especialização (ou superespecialização), capacidade de inovação, trabalho em equipe, qualificação e desenvolvimento de novas competências (PIERANTONI et al, 2004).

Pierantoni et al (2004, p. 68) ressaltam que a velocidade com que esses novos perfis são demandados, associado às propostas inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver formas híbridas de organização do trabalho, persistindo "processos de trabalho com ausência efetiva de participação dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada", cobrança de maior produtividade, e também a introdução de contratos temporários, eventuais, com perda progressiva de proteção social.

Há, ainda, as particularidades de cada profissão, que possuem interpretações diferenciadas do processo saúde-doença e das demandas postas pelos usuários. Estas diferenças, muitas vezes, causam embates que fazem com que muitas profissões “se fechem” corporativamente, na busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que possuem.

As alterações expostas acima repercutem sensivelmente na prática cotidiana dos trabalhadores, requerendo dos profissionais a realização de intervenções e atividades articuladas (multiprofissionais), com direcionamento interdisciplinar; redimensionamento da autonomia profissional com vistas a recompor os trabalhos parcelares e a comunicação entre os profissionais; e maior qualificação (PEDUZZI, 2002).

2.4 Trabalho em Saúde: discutindo o Cuidado em Saúde

Após expor o trabalho em saúde centrado no eixo do trabalho em sua dimensão macro, passo à discussão que parte da problematização do trabalho em sua micropolítica e engloba o Cuidado em saúde.

Merhy (2002) declara que este debate surge da necessidade de uma construção teórica que abranja as singularidades dos processos produtivos na área da saúde, considerando que a teoria mais geral utilizada para estas análises, apesar de sua contribuição, não tem se mostrado suficiente.

De acordo com Merhy (1997) a micropolítica deve ser compreendida como um cenário de disputa de distintas forças instituintes que perfazem os modos de produção, os processos imaginários e de desejos, e os distintos campos de conhecimentos do homem.

Na micropolítica, o processo de trabalho está disponível para o trabalho vivo em ato, voltado principalmente para a execução de tecnologias leves, isto é, tecnologia das relações, que promovem o encontro entre trabalhador/usuário pautado na ética do compromisso com a vida, “e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, com a relação do acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia” (MERHY, 1997, p. 105).

Barros de Barros (2007, p. 107) acrescenta que, para se pensar a saúde, deve se ter por base “o que faz o trabalhador, o que é efetivamente realizado por ele em situação de trabalho para alcançar os objetivos definidos pelas tarefas que deve realizar, sem se limitar ao que é prescrito para sua execução”.

Merhy (1997) expõe ainda que quando se trata deste âmbito do trabalho em saúde, considera-se que a autonomia do trabalho vivo é bem ampla, pois as ações configuram-se em processos de intervenção em ato e necessitam de respostas no momento da sua execução.

Assim, no campo da saúde, de acordo com Merhy (2004), o objeto central do processo de trabalho deve ser a produção do Cuidado. Só assim se atingirá a cura e a saúde, que são os reais objetivos da prática profissional em seus diversos âmbitos, a partir da produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários.

O Cuidado é concebido como uma ação integral que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito de ser, em seus diversos âmbitos (ser social, ser político, ser cultural etc). Como cita Pinheiro (2004), direito de ser como sendo o respeito às diferenças, e suas relações com as questões de raça, gênero, etnia, na consideração dos portadores de deficiências ou patologias em suas necessidades específicas ou na garantia do acesso às outras práticas terapêuticas, propiciar ao usuário sua participação nas decisões sobre seu tratamento ou na escolha de tecnologias a serem utilizadas.

Para melhor compreensão do Cuidado em Saúde faz-se necessário uma retomada da discussão sobre a Integralidade. Segundo Mattos (2001), constata-se três grandes conjuntos de sentidos do princípio da Integralidade. O primeiro referente às práticas dos profissionais de saúde, no âmbito do desenvolvimento do que se pode considerar uma “boa prática”. O segundo refere-se à organização dos serviços, e o terceiro às respostas do Estado aos problemas de saúde.

Estes sentidos podem se articular e até possuir semelhanças a partir do momento que se trabalha a integralidade afirmando a abertura ao diálogo e negando o reducionismo e a objetivação dos sujeitos.

O diálogo seria elemento fundamental das relações de integralidade, na medida em que, de acordo com Freire (1977, p. 43),

Ser dialógico é não invadir, é não manipular, é não sloganizar. Ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade. (...) O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, transformam, e transformando-o, o humanizam para a humanização de todos.

O reducionismo desponta como elemento a ser recusado, na medida em que se deve buscar a ampliação da percepção sobre as necessidades dos usuários e indagar-se pelas melhores estratégias de dar respostas a tais necessidades.

(...) um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que a descubra. Tampouco se reduz ao conjunto de situações de risco. O profissional que busque orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar a tais reducionismos. (...) é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Analogamente, devem oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelos problemas em foco (MATTOS, 2001, p. 61-62).

Por fim, o princípio da Integralidade recusa a objetivação dos sujeitos, porque estes são permeados por suas histórias de vida, por sua realidade concreta e possuem características subjetivas e particulares a cada situação.

Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior (...) (VALLA, 2000, p.15-16).

Sendo assim, a Integralidade é uma ação social que é resultado do envolvimento/interação entre os atores envolvidos na relação entre demanda e oferta, nos planos da atenção individual e das ações na rede de serviços, onde são considerados os aspectos objetivos e subjetivos (PINHEIRO, 2001).

Considero, neste estudo, o Cuidado como unidade de análise e campo privilegiado de ação da integralidade, apreendido como uma ação integral que possui significados e sentidos voltados para a o entendimento da saúde como o direito de ser. É atender o ser humano em seu sofrimento muitas vezes fruto da fragilidade social. É o tratamento humano, respeitoso, baseado no acolhimento e na realidade social, coletiva e individual, que possibilite a superação de práticas preconceituosas, e que garanta o usuário como participante do seu processo saúde-doença e das práticas de controle social (PINHEIRO & GUIZARDI, 2004).

Não é um ato pontual, mas uma ação que é desenvolvida a partir da interação (envolvimento/relacionamento) entre usuário/profissional, e envolve a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e as histórias de vida. O Cuidado pode proporcionar a diminuição do impacto do adoecimento, e a sua falta pode gerar o isolamento social do

usuário, uma vez que ele sente o descaso, o abandono, e o não Cuidado e acolhimento em suas demandas e necessidades (LACERDA & VALLA, 2004).

(...) alguns problemas de saúde das famílias eram muito complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. As famílias precisavam de cuidado e atenção especiais da equipe de saúde para ajudar a solucionar os problemas e sofrimento, o que leva o autor a afirmar que, embora muitas vezes não seja possível curar os sujeitos, não se deve renunciar a tratar ou cuidar dos mesmos, e dar-lhes o apoio necessário no momento de crise (LACERDA & VALLA, 2004, p. 95).

O conjunto dos atos de saúde realizado produz um formato de Cuidar que pode compreender ações individuais e coletivas, abordagens clínicas e sanitárias da problemática de saúde que unem todos os saberes e práticas que fazem parte da construção dos atos cuidadores, que formam os modelos de atenção á saúde.

Para ênfase no Cuidado da atenção, devem ser utilizadas como estratégias a escuta, o acolhimento e o vínculo/responsabilização.

A escuta é a capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários e suas necessidades, por meio de uma interação que esteja atenta a realidade vivida por aquele permeada por desejos, crenças, temores, esperanças, e os fatores socioeconômicos que o envolve. Exige-se do profissional uma reflexão sobre o usuário, enquanto sujeito portador de individualidade, para quem os serviços de saúde destinam-se (SILVA JUNIOR et al, 2005).

Escuta, no campo da psicanálise, ocupa lugar privilegiado, por ser algo relacionado às palavras ditas ou silenciadas. Neste contexto, a escuta não limita seu campo de entendimento apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, que são fios de significados a serem trabalhados. (...) Para escutar, também é imprescindível conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala (SILVA JUNIOR & MASCARENHAS, 2004, p. 244).

O acolhimento é aqui entendido como postura, técnica e princípio de reorientação de serviços. É a atitude dos profissionais e equipe de saúde em receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas, estabelecendo assim, uma relação de interesse, confiança e apoio entre profissional / usuário. Os objetivos centrais devem ser a ampliação do acesso, a humanização do atendimento e a reorganização do processo de trabalho.

Acolhimento como um dispositivo que interroga processos intercessores que constroem “relações clínicas” das práticas de saúde e que permite escutar

“ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há “relações clínicas” em saúde; (...) interrogando centralmente as relações de acessibilidade (FRANCO et al, 2003, p. 39).

O vínculo é a estratégia que estabelece relação de referência e confiança, é uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, como um encontro de subjetividades (CECÍLIO, 2001). O vínculo, de acordo com Silva Junior & Mascarenhas (2004), deve ser pensado como afetividade, relação terapêutica e continuidade.

É o profissional de saúde ter relações claras e próximas com os usuários, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997c, p. 138).

Este seria o fio condutor para construção de uma Rede de Cuidados ininterruptos para responder à diretriz da integralidade e assim, as necessidades dos usuários. Esta rede seria formatada pela: acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia, direito à informação e divulgação de informações, responsabilidade, regionalização e hierarquização, articulada a outros recursos da comunidade e redes sociais de apoio.

A integração dessas atitudes no processo saúde-doença amplia a abordagem ao usuário deslocando “o foco da intervenção das práticas de saúde, da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos doentes” (LACERDA & VALLA, 2004, p. 95).

O Cuidado, de acordo com Franco (2003), se realiza/ materializa na construção de Projetos Terapêuticos Cuidadores. Estes seriam o conjunto de atos assistenciais pensados que devem ser encaminhados para resolver um problema de saúde e que são estruturados para produzir Cuidado ao usuário.

O Projeto Terapêutico pode estar voltado para a produção do Cuidado de forma burocrática, centrada em procedimentos e prescrições, ou estar baseado em uma abordagem do problema de saúde através de relações solidárias e conhecimento técnico baseado em responsabilidade, vínculo, escuta, em ação acolhedora. A escolha do Projeto Terapêutico definirá a estrutura das práticas de saúde (FRANCO, 2003).

A produção de Projetos Terapêuticos é centrada nos usuários e suas necessidades, e deve ser incorporada à idéia de multicausalidade dos problemas de saúde. O usuário é reconhecido como portador de uma realidade sócio-econômica e sanitária, e de uma vivência que lhe é própria, particular e peculiar, que necessita de uma abordagem completa a ser realizada por diversos profissionais.

A terapêutica deve ser compreendida como a ação que envolve não somente as profissões historicamente dadas na saúde (medicina e enfermagem), mas também aquelas que fazem parte de outros setores da ação social, tais como: ensino, educação popular, Educação Física, arte, cultura, Serviço Social.

Terapia (*therapéia*) significa trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para a autonomia e qualidade de vida, tratamento. Todo profissional de saúde, pela condição de terapeuta, deve deter, com apropriação e acurácia, recursos e instrumentos de intervenção clínica. A clínica, como conhecimento sistematizado de sinais e sintomas e como experiência de atendimento em situações de adoecimento, nasce, justamente á beira do leito (*klinê*) – isto é, indica a prática do ato de assistir á beira do leito, por isso o ato dedicado de tratar/cuidar/escutar.

O que define o profissional de saúde é sua condição objetiva de *assistir*, sua habilitação técnica para a *clínica*, sua profissionalização para o *ato terapêutico*, sua dedicação ao *cuidar* (CECCIM, 2004, p. 262).

O Projeto Terapêutico só existe enquanto idealizado e programado mentalmente pelos profissionais, e toma materialidade quando executado por ações sobre o usuário portador de problemas de saúde, ao transformar-se em atos assistenciais concretos.

Para consolidação da dimensão cuidadora e a formação de uma Rede de Cuidados, Merhy (2005) cita alguns pontos que devem ser ressaltados na prática do “Cuidar” e na construção do ato cuidador, entre outros:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não o contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção de sujeitos sociais.

Assim, de acordo com Ayres (2001), “Cuidar” da saúde de alguém vai além da construção de um objeto e da intervenção sobre ele. Para realização do Cuidado tem que haver a consideração e a construção de projetos, sem se subordinar às práticas parcelares de saúde. A atitude cuidadora deve expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas essas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos alvo de nossas intervenções. (...) Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético. (...) Por isso, cuidar, no sentido de um “tratar que seja”, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva (AYRES, 2001, p. 70-71).

Alves & Guljor (2004) destacam quatro premissas fundadoras do Cuidado em Saúde: a liberdade em negação ao isolamento, a integralidade em negação à seleção, o enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao “modelo de diagnóstico”, o conceito de direito em contraposição à noção de reparo, e por último, a premissa de avaliar cada situação dentro de seu contexto, singularidade e particularidade, vislumbrando a autonomia dos sujeitos.

Estas premissas são os pilares para o desenvolvimento de práticas de Cuidado em Saúde através da troca de saberes entre os profissionais objetivando a efetivação dos princípios do SUS, a qualidade dos serviços de saúde a partir de uma “malha de cuidados” que implica acessibilidade, resolutividade, preservação da autonomia dos usuários e profissionais, direitos a informação e democratização destas e responsabilização.

É importante salientar a necessidade de consubstanciação de trabalhos em equipe com direcionamento interdisciplinar, pois estes são essenciais para o desenvolvimento do Cuidado em Saúde, uma vez que a fragmentação das práticas profissionais constitui um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade, e à percepção do usuário em sua totalidade.

As diversas categorias profissionais que compõem a área da saúde possuem saberes e responsabilidades diferenciadas que, articuladas, são fundamentais para a realização dos serviços em saúde e para a saúde dos usuários.

Porém, para que esta afirmação seja efetivada, Ceccim (2005) ressalta que é necessário analisar dois problemas estratégicos do trabalho em saúde: formação e exercício profissional.

A formação, segundo o autor, envolve os seguintes eixos: componentes de ensino formal para a habilitação nas profissões regulamentadas; aperfeiçoamento e especialização

para áreas profissionais; aprofundamento ou inovação em conhecimentos específicos; desenvolvimento profissional, pessoal e institucional dos trabalhadores e do trabalho; qualificações aplicadas ao exercício de funções determinadas pelo processo produtivo em saúde; interações com o movimento estudantil da área e com os movimentos de educação popular em saúde para favorecer a alteridade entre formação e necessidades sociais por saúde e, ainda, a certificação dos serviços de saúde como serviços auxiliares do ensino da saúde.

O modelo hegemônico na atenção à saúde é pautado numa visão individualista, desconectada de seu contexto social e particular, centrado no enfoque biológico, nas tecnologias duras, que resultam numa abordagem ao usuário fragmentada e mecanicista. Este modelo, que vem sendo perpetuado nas instituições formadoras da área da saúde segmenta saberes e indivíduos.

O exercício profissional absorve a regulamentação das profissões, a regulação ocupacional e a negociação do trabalho, a construção e o acompanhamento dos sistemas de acesso ao emprego e à carreira, a avaliação das práticas em serviço, a remuneração do trabalho e a valorização dos trabalhadores por meio de processos de organização do trabalho.

Ceccim (2005) aponta que a noção de trabalho e formação envolve o cruzamento dos componentes da formação dos profissionais, a gestão, a participação da sociedade e o ordenamento das práticas de atenção à saúde. O trabalho em saúde deve ir além da busca de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia. Deve buscar além destes componentes, o desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde individual e coletiva, o desenvolvimento da gestão setorial e do controle social.

O autor acrescenta como mote desta transformação a formação e o desenvolvimento do trabalho, que devem ser estratégias de pensamento e experimentação das ações em saúde. Para isto deve-se ter em mente que a formação deve ser pautada na realidade social e individual de cada situação de saúde e nas reais necessidades dos usuários, e o refrão “sentir e pensar” deve ser o facilitador da educação permanente em saúde.

É sabido que a partir dessas transformações, principalmente da formação não baseada no modelo biomédico, que se abre espaço para a construção do trabalho em equipe e de práticas interdisciplinares. Assim, deixará de ser reproduzido o conhecimento formalmente adquirido, isolado, com comunicação restrita entre os pares, e o formalismo entre as profissões que dividem o mesmo espaço e processo de trabalho (STEPHAN-SOUZA, 1999).

Conseqüentemente, haverá espaço para a abertura de canais de escuta e comunicação favoráveis à democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e o fim da supremacia de uma profissão sobre a outra.

A heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de confluência, que suas interfaces sejam valorizadas. O trabalho dos diferentes profissionais deve ser orquestrado, de forma a apresentar coerência interna. A orquestração ocorreria tendo a relação com o usuário como condutora das ações. A partir do contato com ele – contato fundamentado no acolhimento, vínculo e escuta – o ritmo e o arranjo das práticas devem ser definidos. É nessa relação entre sujeitos – com os usuários e com os outros trabalhadores – que se determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, seqüência e intensidade de suas participações. Esse arranjo decorre da articulação dos saberes de cada profissional e seus instrumentos, com as necessidades dos usuários – que são sempre processuais e singulares, requerendo análises e considerações constantes, pois cada ação reconfigura a relação estabelecida e redesenham as necessidades de todos os atores (GOMES et al, 2005, p. 114-115).

Franco & Merhy (2003) ressaltam que os trabalhadores de saúde podem ser importantes e potentes dispositivos para a modificação dos serviços de assistência à saúde através do reconhecimento por aqueles que os serviços de saúde possuem uma natureza pública, da necessidade do desenvolvimento do trabalho a partir de valores humanitários e da solidariedade, e do reconhecimento dos direitos de cidadania.

Merhy (1997d) aponta que os trabalhadores de saúde têm que se pautar na luta por um SUS efetivo, publicamente centrado no usuário e democratizado, propiciando uma “cidadanização” da assistência à saúde.

Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, pode colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço dos usuários e de seu problema. Assim, temos que primar pela “cidadanização” da assistência à saúde, construindo deste jeito, tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente (MERHY, 1997d, p.126).

Na atenção primária à saúde, de acordo com Trad (2006), os encontros entre usuários-trabalhadores são mais freqüentes e contínuos, configurando-se fontes primordiais de acolhimento de demandas da população, ao criar vínculos estáveis e duradouros. O objetivo é obter respostas efetivas pautadas na atenção integral, que permitam ao usuário um maior grau de autonomia no modo de conduzir sua vida. Este encontro deve ser percebido sob a ótica das

necessidades de saúde. Os trabalhadores da saúde devem estar preparados e sensíveis para decodificar e atender tais necessidades.

A seguir, no Capítulo III, a abordagem da temática é circunscrita à intercessão e à complementaridade do exercício profissional do assistente social com o trabalho em saúde em suas transformações no mundo capitalista, com um viés na sociedade brasileira.

CAPÍTULO III

SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO EM SAÚDE

O exercício profissional do assistente social, enquanto um tipo de trabalho especializado e partícipe da divisão social do trabalho encontra determinações concretas que o condicionam a partir dos processos de trabalho em que os profissionais se inserem.

A área da saúde, tradicionalmente, grande empregadora de assistentes sociais, mostra-se um campo fértil para o exercício profissional, apesar de se reconhecer as dificuldades apresentadas por um contexto neoliberal, de enxugamento das políticas públicas e de despolitização da sociedade.

3.1. Serviço Social e Saúde

O Serviço Social é uma profissão histórica e socialmente determinada, e se desenvolve e se transforma de acordo, tanto com as determinações da sociedade capitalista, quanto com a forma com que a sociedade brasileira (na sua relação com o Estado e as classes sociais) e as instituições recortam e fragmentam as necessidades sociais.

Como uma especialização do trabalho, é uma profissão particular inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade. É um produto histórico, razão pela qual se constitui como expressão de necessidades históricas expressas pelas classes sociais na produção de seus meios de vida e trabalho. É também fruto dos agentes que a produzem, de forma individual ou coletiva.

Iamamoto e Carvalho (1998) destacam como questões que particularizam o exercício profissional do assistente social a polarização entre interesses expressos pelas classes fundamentais (capitalista e trabalhadora), e o fato de que o profissional em sua ação tem a tendência a ser cooptado pelos que possuem uma posição dominante; e a contradição inerente à constituição do Serviço Social que se refere a reprodução em sua ação (ao mesmo tempo e em uma mesma atividade) de interesses contrapostos, podendo responder “tanto a demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto” (IAMAMOTO & CARVALHO, 1998, p.75).

Os autores reforçam que é a partir da compreensão de que o profissional participa tanto de mecanismos de exploração e dominação, quanto de respostas às necessidades de reprodução da força de trabalho e da própria reprodução de contradições históricas, que o

assistente social pode elaborar estratégias profissionais e políticas para fortalecer os interesses do capital ou do trabalho.

De acordo com Yamamoto (2001) a prática profissional do assistente social deve ser apreendida como trabalho, estando o exercício profissional inserido em processos de trabalho, para que se possa realizar a mediação e a interconexão necessária entre o exercício profissional e a prática da sociedade. Supõe ainda a apreensão da “prática profissional” como condicionada pelas relações entre Estado e sociedade civil, e pelas relações travadas entre as classes na sociedade⁵¹.

Tratar o Serviço Social como trabalho supõe privilegiar a produção e a reprodução da vida social como determinantes na constituição da materialidade e da subjetividade dos trabalhadores, ressaltando que o primeiro ato histórico é a produção de meios que permitam a satisfação das necessidades (comer, beber, ter habitação), isto é, a produção da própria vida material; ao trabalharem, os homens também estabelecem relações entre si, portanto, relações sociais (IAMAMOTO, 2001).

A produção/reprodução da vida social, não abrange apenas a dimensão econômica. Inclui também a reprodução das relações sociais de indivíduos, grupos e classes sociais que envolvem poder, caracterizado por relações de luta e embate entre classes e segmentos sociais, que têm no Estado a expressão condensada do poder vigente na sociedade. E envolvem, ao mesmo tempo, as formas de consciência (jurídicas, religiosas, artísticas, filosóficas e científicas), através das quais se apreende a vida social (IAMAMOTO, 2001; 2006).

A reprodução das relações sociais é entendida como a reprodução da totalidade da vida social o que engloba não apenas a reprodução da vida material e do modo de produção, mas também a reprodução espiritual da sociedade e das formas de consciência social através das quais o homem se posiciona na vida social. Dessa forma, a reprodução das relações sociais é a reprodução de determinado modo de vida, do cotidiano de valores, de práticas culturais e políticas e do modo como se produzem as idéias nessa sociedade. Idéias que se expressam em práticas sociais, políticas, culturais e

⁵¹ Esta compreensão rompe com a endogenia do Serviço Social, na qual a sua constituição era atribuída a formação de uma base técnico-científica às atividades de ajuda e filantropia (IAMAMOTO, 2001). Rompe com a consideração de que a profissão vai se constituindo como um prolongamento das práticas voluntárias e assistenciais, de modo que o estatuto profissional seria decorrente da sistematização dessas práticas por parte de indivíduos especiais (GUERRA, 2000b, p. 21). A constituição e institucionalização do Serviço Social como profissão (...) depende de uma progressiva ação do Estado na regulação da vida social, quando passa a administrar e a gerir o conflito de classe, o que pressupõe, na sociedade brasileira, a relação capital/trabalho constituída por meio do processo de industrialização e urbanização (IAMAMOTO, 2001, p. 23).

padrões de comportamento e que acabam por permear toda trama de relações da sociedade (YAZBECK, 1999, p. 89).

Prédes (2007) aponta que, embora o Serviço Social não esteja inserido diretamente no processo de criação de produtos e de valor, isso não significa que a profissão não esteja vinculada à produção social em sentido amplo, pois o exercício profissional do assistente social incide sobre as condições e situação de vida dos trabalhadores, fazendo parte assim, do processo de criação de condições para o funcionamento da força de trabalho e à extração da mais valia.

A autora ressalta ainda que, para definir a participação da profissão no processo de produção social, deve-se delimitar as especificidades das situações socioeconômicas na qual o trabalho do assistente social está inserido, e enfatiza que esses processos são, na maioria das vezes, apreendidos como fragmentos sobre os quais incidem programas, projetos e serviços vinculados às políticas sociais⁵².

Conclui-se assim que a profissão é permeada por relações de poder, possui um caráter essencialmente político que se sobrepõe às intenções pessoais do assistente social, e é determinada pelos condicionantes histórico-sociais dos contextos nos quais os profissionais estão inseridos e atuam.

O Serviço Social constitui-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, por participar da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais, isto é, tem um valor de uso. Os assistentes sociais, como trabalhadores assalariados, participam ao mesmo tempo do processo de produção e redistribuição da riqueza social.

Assim, Iamamoto (2001, p. 102) observa que o trabalho do assistente social deve ser apreendido nessa dupla dimensão - a do valor de uso e a do valor -, “isto é, como processo de produção de produtos ou serviços de qualidades determinadas e como processo que tem implicações ao nível da produção ou da distribuição do valor e da mais-valia”.

A autora pondera ainda que a maior parte do trabalho do assistente social está no interior do aparelho do Estado nos âmbitos federal, estadual e municipal, fato que requer uma análise da possibilidade de nem sempre existir um conexão direta entre trabalho e produção

⁵² Segundo Trindade (2007, p. 20), no universo das políticas sociais, a Seguridade Social constitui um sistema de proteção social – previdência social, saúde e assistência social – que desempenha significativo papel no processo de produção e reprodução social, pois está vinculado às necessidades de socialização dos custos da reprodução da força de trabalho.

de valor, pois a distribuição de parcela da mais-valia social é metamorfoseada em fundo público⁵³.

O que importa ressaltar é que o trabalho do assistente social não se isola na indicação do valor de uso dos serviços que são prestados, da qualidade do trabalho realizado, isto é, do trabalho concreto. “Isto porque ela é também portadora de trabalho humano indiferenciado, trabalho humano abstrato, analisado na óptica de sua quantidade, (...) que participa na produção e/ou distribuição da mais-valia socialmente produzida e na luta pela hegemonia entre forças sociais” (IAMAMOTO, 2007, p. 214).

(...), o caráter social desse trabalho assume uma dupla dimensão: (a) enquanto trabalho útil atende necessidades sociais (que justificam a reprodução da própria profissão) e efetiva-se através de relações com outros homens, incorporando o legado material e intelectual de gerações passadas, ao tempo em que se beneficia das conquistas atuais das ciências sociais e humanas; (b) mas só pode atender às necessidades sociais se seu trabalho puder ser igualado a qualquer outro enquanto trabalho abstrato - mero coágulo de tempo de trabalho social médio -, possibilitando que esse trabalho privado adquira caráter social (IAMAMOTO, 2007, p. 421).

Segundo Iamamoto (2001), o trabalho do assistente social está localizado de forma predominante no campo político-ideológico, requisitado para exercer funções de controle social e de reprodução da ideologia dominante junto aos segmentos subalternizados. Em razão dessa predominância, o exercício de sua ação é permeado por tensões e interesses de classes.

As estratégias profissionais e políticas do assistente social só podem ser estabelecidas a partir da compreensão de que o profissional participa, tanto de mecanismos de dominação e exploração, como de respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, e da reprodução do antagonismo de interesses existentes entre as classes sociais, que são caracterizadas pelo conflito entre capital e trabalho (IAMAMOTO & CARVALHO, 1998).

Na área da saúde, a inserção dos assistentes sociais é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que são colocadas pelas condições históricas sob as quais a saúde se desenvolveu no Brasil.

A partir da consolidação do SUS nos anos 1980/1990, ocorreu a ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais devido ao aumento horizontal das subunidades de serviços e a uma maior divisão sócio-técnica do trabalho (COSTA, 2000).

Por outro lado, a adoção do conceito ampliado de saúde que compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e trabalho da população, significou para

⁵³ Oliveira (1998 *apud* IAMAMOTO, 2007, p. 113) denomina de fundo público parte dos lucros dos empresários e do trabalho necessário de trabalhadores, que são apropriados pelo Estado sob a forma de imposto e taxas.

os assistentes sociais sua inserção no trabalho em saúde no âmbito da promoção e proteção nos diferentes níveis do SUS (da atenção primária à quaternária) (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006), e em seus diversos âmbitos: hospitais, maternidades, UBS's, USF e no controle social da saúde.

Historicamente, a atuação do Serviço Social na área se deu no âmbito curativo e individual. Somente nas décadas de 1980-1990 houve a adoção da perspectiva da saúde como uma questão política, havendo um reconhecimento interno da categoria profissional em defesa do SUS e de seus princípios (MATOS, 2003).

Martinelli (2002) acrescenta que, na década de 1980, os assistentes sociais, como categoria organizada, fizeram parte das lutas mais gerais em defesa da concepção de seguridade social pública, democrática e universal, tendo em vista a saúde como um direito básico de cidadania, consagrado na Constituição de 1988.

A partir do lugar social em que atuam, e do patamar da política de saúde em que se encontram, os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia desse direito, trabalhando articuladamente com a população usuária na perspectiva de construir novas subjetividades, comportamentos políticos novos (MARTINELLI, 2002, p. 5).

Essa opção está intrinsecamente ligada aos novos rumos adotados pela profissão nessa década, quando se deu o amadurecimento da tendência atualmente hegemônica na profissão⁵⁴, que se referencia na tradição marxista e busca a construção de um projeto profissional coletivo, com base em uma consciência política acerca do papel que desempenhavam os assistentes sociais nos processos sociais, a partir do entendimento da necessidade de se realizar uma prática efetiva e comprometida com os interesses coletivos da população usuária.

A reforma curricular do Serviço Social em 1982⁵⁵ também trouxe novas discussões para a área relacionada à sociedade, Estado, política social, instituição e prática profissional, e à Política Nacional de Saúde. A análise do exercício profissional passou a ser feita sob o ponto de vista das relações econômicas e políticas do capitalismo.

⁵⁴ Dentro do Movimento de Renovação do Serviço Social (entre os anos 1970/1980) destaca-se a vertente “intenção de ruptura” que propunha a ruptura com a herança conservadora, à procura de novas bases de legitimação profissional, identificando as contradições presentes do exercício profissional e colocando o profissional a serviço dos interesses dos usuários. Ver a esse respeito: NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

⁵⁵ A Reforma Curricular de 1982 foi um momento em que os profissionais e estudantes se reuniram para estar pensando um novo projeto de profissão, articulado com as mudanças que estavam sendo operadas no seio da sociedade. Ver a esse respeito: CASTRO, M. e TOLEDO, S. O Projeto de Formação Profissional do Serviço Social dos anos 80: os caminhos da reforma curricular da Faculdade de Serviço Social/UFJF e seus debates na ação profissional. Juiz de Fora: UFJF/ FSS, 2004.

Visualiza-se, neste período, por parte dos profissionais da área, maior postura crítica e investigativa nos trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (CBAS) de 1985 e 1989; presença nos anais dos Congressos de Saúde Coletiva; formulação de uma proposta de intervenção para o Serviço Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelas entidades profissionais; e articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) com outros conselhos profissionais da área da saúde (MATOS, 2003).

A década de 1990 é caracterizada por Matos (2003) como um período de avanços políticos, institucionais e acadêmicos construídos pelo conjunto de profissionais situados na tendência “intenção de ruptura”. No âmbito político ocorreu eleição das entidades profissionais de forma democrática e de chapas que defendiam projetos políticos progressistas. Academicamente emergem várias publicações e se consolidam a pesquisa e a pós-graduação em Serviço Social.

No aspecto institucional ocorreu a promulgação do Novo Código de Ética Profissional de 1993 e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662/93 -, na defesa de valores como a liberdade, a democracia e a qualidade dos serviços prestados à população. Ocorreu também o protagonismo da categoria profissional no processo de luta na construção da política pública de assistência social. E em 1996 foram aprovadas as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social.

A citada Lei 8.662/93 trata o Serviço Social com profissão liberal, dispõe sobre o exercício profissional e as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais e sobre as entidades de fiscalização da categoria - Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

A profissão possui também, como entidade de organização de ensino e pesquisa, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e no âmbito do movimento estudantil, a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

A atuação do assistente social é uma manifestação de seu trabalho inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social. No seu trabalho cotidiano, o profissional lida com situações singulares vivenciadas por indivíduos, famílias, grupos e segmentos da população permeada por relações de classe. “O profissional é desafiado a desentranhar da vida dos sujeitos singulares que atendem as dimensões universais e particulares que aí se concretizam, como condição de transitar suas necessidades sociais da esfera privada para a luta por direitos na cena pública” (IAMAMOTO, 2007, p. 221).

Como já exposto, o assistente social possui como norte para a ação profissional, um Código de Ética Profissional que delinea o projeto ético-político da profissão. O CEP tem como princípios fundamentais:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, através do incentivo ao respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- Garantia do pluralismo, através do respeito as correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva de competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

O projeto ético-político é um conjunto de valores e concepções, através das quais os assistentes sociais se expressam, representando uma projeção coletiva de concepções hegemônicas existentes no meio profissional (BRAZ, 2004). Esses valores e concepções perpassam pela consubstanciação de um projeto profissional que tem em sua base

os valores que o legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais provadas e públicas (NETTO, 2006, p. 144).

O projeto profissional do Serviço Social está vinculado a um projeto de sociedade assim esboçado: propõe a construção de uma nova ordem societária, onde não haja exploração e dominação de classe, etnia e gênero; ressalta a democratização como socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; valoriza o compromisso com a competência profissional e salienta a necessidade de um constante aperfeiçoamento intelectual e de uma atitude investigativa; prioriza uma nova relação com os usuários permeada pelo compromisso com a qualidade dos serviços prestados e pelo incentivo à participação popular. É ainda um projeto que só se potencializa com o estabelecimento de relações com outras categorias profissionais e movimentos sociais (NETTO, 2006).

Esse movimento da profissão repercute sensivelmente na área da saúde. O assistente social inserido na saúde por meio do conjunto de princípios do CEP e do Projeto Ético-Político Profissional desenvolve seu trabalho a partir da percepção dos usuários como sujeitos de direitos. Seu compromisso com os usuários perpassa por: viabilização da participação efetiva da população nas decisões institucionais; garantia da plena informação na assistência respeitando as decisões dos usuários; democratização das informações e do acesso aos programas existentes na instituição; devolução de informações colhidas nos estudos e pesquisas para que possam ser utilizadas a favor de seus interesses; criação de mecanismos que desburocratizem a relação com os usuários, visando a agilização e a qualidade dos serviços prestados; esclarecimento aos usuários sobre os objetivos e a amplitude da ação profissional; e fornecimento de informações sobre o trabalho do assistente social, resguardando o sigilo profissional (VASCONCELOS et al, 2006).

O assistente social é um trabalhador especializado que vende sua capacidade de trabalho para alguns organismos empregadores (privado, empresarial e estatal) que demandam sua força de trabalho qualificada e a contratam em troca de um salário. Esse processo de compra e venda insere o Serviço Social no universo de mercantilização e do valor.

Ao vender sua força de trabalho em troca de um salário, o assistente social entrega ao empregador o seu valor de uso ou o direito de consumi-la durante uma jornada de trabalho

determinada. É no limite dessas condições que se materializa a autonomia profissional na condução das ações profissionais (IAMAMOTO, 2001; GUERRA, 2007).

Para o desenvolvimento de suas ações, o assistente social possui uma relativa autonomia, pois o desenvolvimento de seu trabalho é tensionado pelas exigências dos empregadores quanto aos seus propósitos e demandas, pelas regulamentações específicas sobre o exercício e organização do trabalho, pelas funções e atribuições, e pela política de gestão da força de trabalho e suas determinações contratuais, como salário e jornada de trabalho (IAMAMOTO, 2002).

Suas atividades também possuem como determinantes as necessidades dos usuários, que “condicionadas pela lutas sociais e pelas relações de poder, transformam-se em demandas profissionais, reelaboradas na ótica dos empregadores, no embate dos interesses dos usuários dos serviços profissionais” (IAMAMOTO, 2006, p. 182-183).

A partir da autonomia relativa, o assistente social tem a possibilidade de imprimir um direcionamento social ao seu exercício, moldar o seu conteúdo e sua forma de operá-lo. Essa autonomia, embora relativa, vai permitir que o profissional não reduza sua atuação a uma adequação às exigências alheias, nem submeta a profissão ao mercado e ao exercício de um trabalho alienado.

Como respaldo a essa autonomia, o assistente social possui sua qualificação acadêmico-profissional especializada, a regulamentação de suas funções privativas e suas competências, a articulação com outros agentes institucionais e as forças políticas das organizações dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2007).

(...) durante o período em que trabalha, sua atividade é socialmente apropriada por outro: o sujeito que trabalha não tem o poder de livremente estabelecer suas prioridades, seu modo de operar, acessar todos os recursos necessários, direcionar o trabalho exclusivamente segundo suas intenções (...). Simultaneamente, o assistente social tem como base social de sustentação sua relativa autonomia -, e com ela a possibilidade de redirecionar o seu trabalho para rumos sociais distintos daqueles esperados pelos seus empregadores -, o próprio caráter contraditório das relações sociais. (...) As necessidades sociais e aspirações dos segmentos subalternos, que são o público alvo do trabalho profissional, podem potenciar e legitimar rumos impressos ao trabalho do assistente social, na contramão das definições “oficiais” (IAMAMOTO, 2007, p. 422).

Ao se considerar o Serviço Social como trabalho e inserido em processos de trabalho, essa dupla compreensão implica em que o assistente social tenha um objeto sobre o qual

incide sua ação, instrumentos de trabalho para que sua ação seja potencializada, e necessita do desenvolvimento do próprio trabalho determinado a um fim, que resultará em um produto.

Em vista dessa consideração, o Serviço Social tem como objeto de sua intervenção as manifestações da questão social aqui compreendida como um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista formada por problemas políticos, econômicos e sociais. A atuação dos assistentes sociais situa-se, portanto, nas mais variadas expressões da sociedade: trabalho, família, habitação, assistência social, saúde etc. (IAMAMOTO, 2001).

Iamamoto (2001) relata que a questão social é parte constitutiva das relações sociais capitalistas, e é tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa. Expõe que a questão social deve ser apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, que são intermediadas pelo Estado, expressando disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais. Sua emergência é indissociável da emergência do trabalho livre, e faz parte também do processo de conscientização e luta dos trabalhadores por seus direitos sociais e políticos.

Ianni (2004) aponta a existência de processos estruturais que estão na base das desigualdades e antagonismos que constituem a questão social, dentre eles, as migrações internas, a industrialização, a urbanização, e a metropolização. Para o autor, esses processos estão inseridos no processo de desenvolvimento do capitalismo e provocam o movimento dos trabalhadores de diversas formas. As lutas sociais, assim, se voltam para o acesso a terra, emprego, salário, condições de trabalho, garantias trabalhistas, saúde, habitação, educação, direitos políticos, cidadania.

Destaca ainda que conforme a época e o lugar, a questão social mesclará aspectos raciais, regionais e culturais, acoplados aos econômicos e políticos, combinando desigualdades e antagonismos de significação cultural.

De acordo com Santos (2006), para a apreensão do seu objeto de ação, seu movimento, sua direção, suas contradições, e as determinações que o envolvem, o assistente social deve utilizar como subsídio uma teoria que lhe permita analisar o real, e sustente a definição de escolhas, finalidades e meios necessários ao seu exercício profissional.

De acordo com Prates (2003, p.4) “quanto maior nosso conhecimento teórico, mais ampla será nossa cadeia de mediações e maiores as nossas possibilidades de construí-las”. Assim, o conhecimento sobre a realidade possibilita dar consistência à relação estabelecida entre assistente social e usuários, como também pelos sujeitos que compõem a equipe de trabalho. Esse conhecimento perpassa por diversos âmbitos, dentre os quais

Conhecimento acerca da realidade estrutural e conjuntural, as formas de alienação, as refrações da questão social no cotidiano da população usuária, a expressão dos sujeitos em suas lutas contra-hegemônicas, o conhecimento de recursos sociais, de direitos sociais, das redes ou espaços de articulação e organização da população usuária, o conhecimento de dados de sua existência, consciência e vida social, do significado atribuído pelos sujeitos a seu viver histórico, os seus valores, sua cultura (...) (PRATES, 2003, p.2).

Nesse contexto, Yamamoto (2001) destaca que, para apreender o seu objeto de trabalho, o assistente social necessita ainda pesquisar, decifrar e analisar a realidade, conhecer como os processos sociais produzem e reproduzem as expressões da questão social, e como essas questões se desenvolvem no âmbito regional, estadual e municipal. E também como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações cotidianas.

A autora (2001, p. 101) ressalta que o desconhecimento da matéria-prima do trabalho “contribui para que o profissional deixe de ser sujeito de suas ações e consciente dos efeitos que elas possam provocar nos processos sociais e das múltiplas expressões da questão social”.

Mioto (2001) apresenta que todo processo de intervenção profissional deve reconhecer a complexidade do objeto de trabalho a partir de uma perspectiva de totalidade, situando-o dentro de um terreno repleto de contradições sobre as quais o exercício profissional se movimenta.

Como instrumentos de trabalho, o assistente social possui o conhecimento e as habilidades acumuladas durante sua formação profissional, que conformam as bases teórico-metodológicas condutoras da leitura da realidade que vão direcionar a ação profissional.

Além disso, o profissional necessita dos recursos da instituição que o contrata pois, apesar de ser considerado um profissional liberal, não atua como tal, uma vez que depende dos recursos materiais, financeiros e organizacionais da instituição empregadora.

Para que sua ação seja efetiva na realização de seu trabalho, o assistente social faz uso de um conjunto articulado de instrumentos e técnicas. De acordo com Trindade (2001), os instrumentos são compreendidos como mediadores e potencializadores do trabalho, enquanto as técnicas são as habilidades para o “trato” dos instrumentos. As técnicas, assim, irão se aprimorar a partir da utilização dos instrumentos e das finalidades que se pretende alcançar.

No Serviço Social, os instrumentos e técnicas são elaborados e organizados por diferentes disciplinas no âmbito das Ciências Sociais, sendo utilizados por diversas práticas sociais com o objetivo de “modelar o comportamento humano, para racionalizar as relações entre os homens, atendendo a diferentes interesses sociais” (TRINDADE, 2001, p. 25).

Quando tratamos dos instrumentos do Serviço social estamos transitando entre as práticas humanas que se voltam para a transformação de outras atitudes humanas, aquelas que incidem sobre as consciências. (...) São instrumentos que potencializam a produção de atitudes, posturas e comportamentos adequados a estes diferentes interesses (TRINDADE, 2001, p. 25).

Para optar pelo uso de um instrumental adequado às demandas dos usuários é necessário que o assistente social conheça seu objeto de trabalho, relacione-o com a realidade social, para projetar seu trabalho fazendo uso da reflexividade, a partir da compreensão da demanda apresentada. Essa atuação, que tem por base as dimensões teórico-metodológica e ético-política, objetiva um exercício profissional que possibilite o alcance dos resultados almejados e a consolidação do compromisso com os usuários.

Deve-se ter clareza de que o instrumental não é autônomo, pois está inserido no projeto profissional como parte fundamental da objetivação das ações profissionais e da direção teórico-política do exercício profissional. Por se apresentar articulada ao movimento da sociedade, a dimensão técnico-operativa do Serviço Social é, portanto, histórica, pois recebe determinações da base sócio-organizacional e das respostas e projetos profissionais que permeiam a categoria profissional (TRINDADE, 2001).

Guerra (1998; 2000) ressalta que pensar somente a dimensão instrumental do Serviço Social é insuficiente, pois ela sozinha “não permite aos sujeitos escolhas que engendram a ampliação de seus espaços profissionais” (GUERRA, 2000, p. 25).

Para além dos instrumentos, a autora aponta que o Serviço Social possui uma instrumentalidade, isto é, um conjunto de condições que são criadas e recriadas no exercício profissional e que se modificam de acordo com o espaço sócio-ocupacional, o nível de qualificação dos profissionais, o projeto profissional e societário hegemônicos e a correlação de forças sociais, entre outras. Essa dimensão se articula com as dimensões técnica, ético-política, teórica, pedagógica e intelectual da profissão.

Guerra (2000) afirma que, adotar a instrumentalidade como categoria constitutiva do Serviço Social, permite aos assistentes sociais pensar nos indicativos teórico-práticos de intervenção imediata – instrumentos teóricos, políticos e técnicos - articulando-os aos objetivos, finalidades e valores profissionais e humanos.

A partir dessa premissa, apresenta que a instrumentalidade do trabalho do assistente social, por abarcar propriedades/capacidades historicamente (re) produzidas pela profissão, deve ser analisada em três níveis: no relacionado à sua funcionalidade ao projeto da

burguesia; ao instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas de classe; e como uma mediação que permite a passagem desde as análises macroscópicas, genéricas e universalistas até as singularidades da intervenção profissional.

É através da instrumentalidade que os profissionais irão alterar, transformar e modificar as condições objetivas e subjetivas, e as relações interpessoais e sociais que existem no cotidiano.

Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam as condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações passam a ser portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (GUERRA, 1999, p. 53).

O assistente social como parte de um trabalho coletivo, realiza seu trabalho conjuntamente com outras especialidades, fazendo parte de uma equipe de trabalho, e assim, necessita da articulação entre as especialidades que conformam a sua instituição empregadora para a realização dos fins objetivados.

O trabalho realizado pelo Serviço Social possui produtos que perpassam pela interferência na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ídeo-política dos sujeitos sociais.

Essa interferência ocorre através dos serviços sociais previstos em programas como os da educação, saúde, habitação, por exemplo, em que estes são disponibilizados pelo assistente social. O profissional interfere assim, em questões relacionadas à sobrevivência social e material dos trabalhadores. Mais ainda ocorre quando o assistente social trabalha com a socialização de informações e o acesso a direitos sociais (IAMAMOTO, 2001).

No âmbito do Estado, ao realizar a prestação de serviços sociais, o assistente social pode participar do processo de redistribuição de mais-valia através do fundo público. O seu trabalho, nesse âmbito, se insere no campo da defesa de direitos de cidadania e na gestão da coisa pública, podendo contribuir para a partilha do poder e sua democratização, ou para o reforço das estruturas e relações de poder conservador existente (IAMAMOTO, 2001; 1999).

Ressalta-se, portanto, que o trabalho do assistente social envolve a atuação do agente profissional, mas também se relaciona com as políticas sociais, com as relações de poder existentes nas instituições, com os objetivos e demandas da instituição que o contrata, com as

demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, com os recursos existentes para sua intervenção (humanos, materiais e financeiros), com a sua própria situação de trabalhador, com a realidade social, e com as determinações da sociedade capitalista.

Na contemporaneidade, como afirma Iamamoto (2001), os assistentes sociais estão desafiados a trabalhar sob uma conjuntura de globalização mundial que reduz a demanda de trabalho, aumenta a população sobrando para as necessidades médias do capital, amplia a exclusão social, econômica, política e cultural das classes subalternizadas.

Os assistentes sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida. Tempo de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e cidade (IAMAMOTO, 2001, p. 18).

O agravamento das múltiplas expressões da questão social geradas pelo advento do neoliberalismo e pela globalização, aliados a Reforma do Estado⁵⁶⁵⁷, tem significado aumento da requisição por serviços sociais; seletividade no âmbito das políticas sociais; diminuição dos recursos e salários; quebra dos direitos sociais; priorização de programas seletivos e focalizados. Tudo isso em detrimento dos padrões de universalidade e com diminuição da responsabilidade pública em relação às políticas sociais.

O assistente social, profissional que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios pelos quais a população pode acessá-los e exercê-los, se vê limitado em sua ação que é dependente de recursos, condições e meios de trabalho que estão cada vez mais escassos no âmbito das políticas e serviços sociais públicos.

De acordo com Iamamoto (1999) o setor público é o maior empregador de assistentes sociais. Só a esfera pública-municipal comporta 40, 97% dos profissionais (CFESS, 2005).

Os assistentes sociais inseridos nessa esfera, desde a década de 1990, têm sofrido com a Reforma do Estado em relação ao emprego e à precarização das relações de trabalho, através do enxugamento do quadro de profissionais, instituição de polivalência e multifuncionalidade dos trabalhadores e terceirização na contratação de profissionais.

⁵⁶ Paula (2007a) apresenta que a Reforma do Estado iniciada por Bresser Pereira em 1995 tinha como objetivos: a transição da cultura burocrática para cultura gerencial; garantir a propriedade e o contrato; garantir autonomia e capacitação gerencial do administrador público; assegurar democracia através da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente e controlados pela sociedade.

⁵⁷ O principal objetivo da Reforma da Gestão Pública era contribuir para a formação de um aparelho de Estado forte e eficiente, voltado para o controle de resultados, redução de custos, qualidade e produtividade (IAMAMOTO, 1999).

Os anos 1990 também foram marcados pela tensão entre direito à saúde e ofensiva neoliberal. Essa discussão incide diretamente no Serviço Social enquanto categoria que toma como direcionamento profissional o entendimento de que o sistema capitalista é inviável na realização de uma sociedade igualitária, e defende a política social como direito e não como favor.

Como já explicitado, neste mesmo período, com o avanço do neoliberalismo no Brasil, há o surgimento de outro Projeto na área da saúde, diferente do Projeto de Reforma Sanitária que tem o SUS como estratégia. Denominado de Projeto Privatista, o novo projeto tem como propósito fortalecer os serviços privados de saúde.

Portanto, são dois Projetos com diferenças ideo-políticas substanciais, que demandam também posições profissionais diferentes para o Serviço Social.

De acordo com Matos (2003), o Projeto Privatista requer dos assistentes sociais seleção socioeconômica dos usuários, com vistas à exclusão; atuação psicossocial embasada no aconselhamento; ação fiscalizadora dos usuários dos planos de saúde; assistencialismo pautado na lógica do favor; práticas individuais e de auto-ajuda; atuações que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos.

Já o Projeto de Reforma Sanitária demanda um profissional que construa um novo modelo de gestão, articule ensino/pesquisa/assistência, lute pela democratização do acesso à saúde, às informações e pela humanização do atendimento, interaja com a comunidade, trabalhe interdisciplinarmente, enfatize os trabalhos em grupo e estimule a participação popular. Compreende-se assim, que o projeto ético-político profissional hegemônico e o da Reforma Sanitária estão situados dentro do mesmo projeto societário e vinculados aos valores de defesa da justiça social, democracia e igualdade (MATOS, 2003).

Esse contexto de Reforma do Estado, que adota políticas neoliberais e confronta projetos universais com privatistas, além de alterar as demandas profissionais, modifica o mercado, os processos e as condições de trabalho, e desregulamenta e flexibiliza as relações de trabalho. Incide também no exercício profissional, pois insere o assistente social em instituições que limitam o trabalho ao cumprimento de rotinas burocráticas e de metas institucionais (IAMAMOTO, 2006; GUERRA, 2007).

Nas condições e relações atuais do exercício profissional, um conjunto de mediações conforma este processo: a ameaça do desemprego, o achatamento salarial, a precarização das condições de trabalho, o aprofundamento do processo de pauperização, a mudança nos parâmetros legais e institucionais que orientam as relações de trabalho, o precário contrato de trabalho (que estabelece o *status* profissional, as metas de produtividade, os salários, a

jornada de trabalho e define o perfil profissional, suas funções e atribuições), a desespecialização/desprofissionalização, a alienação no/do trabalho. A lógica mercadológica que perpassa os serviços sociais, junto com as políticas sociais, passa a se constituir a própria racionalidade que orienta o exercício profissional, configurando concepções de eficácia, eficiência, produtividade, competência (...) (GUERRA, 2007, p. 7-8).

Nesse bojo, pensar uma atuação para o Serviço Social na saúde que se sobreponha a esse quadro, requer pensar na articulação com os movimentos dos trabalhadores e usuários que lutem pela efetivação do SUS; no acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; na não submissão da operacionalização do trabalho profissional a rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS. Requer, sobretudo, realizar uma análise crítica e criativa desses processos, tendo em vista a concretização pelo assistente social de seu compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, e com a consolidação da cidadania (BRAVO & MATOS, 2006).

O profissional de Serviço Social pode ainda assumir funções de gestão social, elaboração e implementação de projetos sociais, monitoramento e avaliação de políticas e programas sociais, planejamento e administração de serviços e benefícios, estudo e pesquisas sociais, inserção em conselhos vinculados às políticas sociais, e assessoria e consultoria em políticas públicas e movimentos sociais.

Na área da saúde, por exemplo, o processo de descentralização e a municipalização da saúde possibilitaram a atuação do profissional na execução e gestão de políticas sociais dos municípios (AMORIM et al, 2007).

Este contexto requer dos assistentes sociais novas competências teóricas e técnico-operativas, participação em equipes interdisciplinares, compartilhamento do espaço público com novos sujeitos e novas proposições e capacidades de análise da realidade (RAICHELIS, 2006).

Tal conjuntura fez com que aumentasse a responsabilidade dos assistentes sociais na luta pelo deciframento da realidade na perspectiva do desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária (IAMAMOTO, 2001).

Aos profissionais é colocado o desafio de tornar os seus espaços de trabalho em espaços de fato públicos, aumentando os mecanismos de interferência da população na coisa pública, de forma a permitir maior controle por parte da sociedade das decisões que a influenciam. Para tal, é necessário que o profissional socialize informações, amplie o

conhecimento de direitos e interesses, prime pela transparência das decisões, busque abertura e aumento de canais que possibilitem o acompanhamento da implementação de decisões pela coletividade, e amplie a realização de fóruns de debate e representação, entre outros (IAMAMOTO, 1999).

Assim, o assistente social deve ter um compromisso ético-político com os valores democráticos e uma competência teórica-metodológica de natureza crítica, ambos aliados à pesquisa da realidade para decifrar as situações particulares que se apresentam ao trabalho profissional. Deve ser um profissional versado no instrumental técnico-operativo, “capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora de participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los” (IAMAMOTO, 2006, p. 193).

É preciso demonstrar (...) nas situações singulares como que defrontamos no exercício profissional – situações carregadas tanto de dimensões universais, quanto histórico-particulares – a viabilidade do projeto ético-político do Serviço Social, seu potencial renovador da profissão na afirmação de direitos sociais dos cidadãos e cidadãs, na atenção e no respeito às suas necessidades e interesses que, por inúmeras mediações, se transmutam em demandas sociais e profissionais. É avançar na legitimação da profissão da sociedade, na apropriação e ampliação dos espaços ocupacionais, reforçando a nossa identidade profissional. O desafio maior é, pois, traduzir o projeto ético-político em realização efetiva no âmbito das condições em que se realiza o trabalho do assistente social (IAMAMOTO, 2000, p. 15).

3.2. As Especificidades do Serviço Social no Trabalho em Saúde

Para apresentação das especificidades do trabalho do assistente social na área da saúde será abordada, neste item, a contribuição de autores que possuem produções voltadas para o estudo dessas especificidades.

O profissional de Serviço Social, como um trabalhador assalariado, se insere em processos de trabalho⁵⁸ (esfera estatal, empresas, organizações não governamentais ONG's).

⁵⁸ Yamamoto (2002) alerta sobre o perigo da redução do processo de produção ao processo de trabalho nos seus elementos simples (meios, objeto e atividade humana), desvinculando de suas implicações na órbita da produção de valor e da mais-valia, o que se encontra na raiz da mistificação do capital: este é um risco na abordagem do Serviço Social, que pode resvalar para uma abordagem que reifique as relações sociais, comprometendo a historicidade das análises. O risco é restringir a abordagem ao valor de uso, ao trabalho concreto, desvinculando de suas implicações na órbita do valor, do trabalho abstrato, das relações sociais que se efetivam, indissociável das formas de propriedade em que se inserem (condições de produção e meios de subsistência estão alienados do trabalhador e o enfrentam com coisas capazes e comprar pessoas, o que caracteriza essencialmente o capital como relação social) .

Esses processos irão potencializar e articular, de forma dinâmica e complexa, o objeto de trabalho sobre o qual recai a ação da instituição, os meios e instrumentos que a viabilizam, e o trabalho dos profissionais que é realizado de forma cooperativa e combinada (NICOLAU, 2001).

Os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais se inserem possuem especificidades e diferenciam-se de instituição para instituição, razões que demandam dos profissionais apreender as suas particularidades, principalmente tendo como referência as relações estabelecidas no mundo do trabalho (NICOLAU, 2001), que “em circunstâncias diversas, vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” (IAMAMOTO, 2001, p. 106).

No cotidiano de trabalho do assistente social, o profissional realiza junto aos usuários⁵⁹ a análise dos aspectos e determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença, atendendo às demandas da população de satisfação de necessidades globais de vida, como alimentação, habitação, educação e participação social, articuladas com a política de saúde.

Esses determinantes sociais da saúde se referem às condições sociais que as pessoas vivem e trabalham, e à possibilidade de acesso a determinados bens que levariam à melhoria da qualidade de vida: educação, saúde, trabalho e renda, habitação, saneamento básico e meio ambiente, transporte, alimentação e nutrição, cultura, esporte e lazer, entre outros (BUSS, 2006).

A diversidade de demandas que são colocadas aos assistentes sociais possui uma larga amplitude, e pode-se dizer que transitam pelo público, privado e pelo íntimo. As questões que são trazidas para enfrentamento estão relacionadas ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos, dos valores, com profundas implicações macrossociais. O sofrimento que acompanha o processo de adoecimento é permeado por um sofrimento psíquico que é necessário ser reconhecido para que se estabeleça uma relação com os sujeitos (MARTINELLI, 2002).

De acordo com Bravo & Matos (2006), o exercício profissional não se reduz às ações exclusivas sobre as questões subjetivas do usuário, e nem à defesa de uma suposta

⁵⁹ De acordo com Vasconcelos (2002, p. 35), seguindo o Código de Ética, optamos pela utilização do termo “usuário”, em vez de “cliente/paciente”, frequentemente utilizado pelos assistentes sociais na saúde. Enquanto o cliente, um ator que atua, que representa, o qual, inserido no mercado e a partir de uma relação mercantilizada, consome um artigo, um bem, recebe algo, consideramos usuários os segmentos integrantes da classe trabalhadora que, como sujeitos de direito, agem, empreendem ações, intervêm, lutam, reivindicam, implementam, no sentido de usufruir e/ou desfrutar de alguma coisa coletiva, ligada a um serviço público ou particular, dessa forma podendo demandar os serviços prestados pelos assistentes sociais.

particularidade do trabalho dos assistentes sociais nas diferentes especialidades médicas. Os autores apontam que o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa desses conhecimentos específicos, articulados com o projeto de Reforma Sanitária e o projeto ético-político da profissão.

Enquanto nos sofrimentos psíquicos espera-se atingir as realidades internas dos indivíduos, cujo objeto central é o desejo, no sofrimento social – resultado das condições socioeconômicas, política e cultural – objetiva-se mudanças coletivas e/ou construção, experiência e vivência de novas relações sociais sob bases democráticas, onde fluam informações, conhecimentos e experiências necessários à busca de realização dos direitos sociais, com difusão de idéias fundamentais à radicalização da democracia (VASCONCELOS, 2006 a, p. 260).

O profissional de Serviço Social deve contribuir para a expansão dos direitos de cidadania dos usuários dos serviços de saúde, por meio da satisfação de necessidades, e do reconhecimento da importância da socialização de informações, e de espaços de reflexão conjunta com o usuário. “O assistente social (...) facilita o acesso da população às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país” (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006, p. 76).

O assistente social deve estabelecer também estratégias compartilhadas com os usuários para que possa ocorrer o enfrentamento do processo saúde/doença de uma forma esclarecida, e deve instrumentalizá-los na busca pela viabilização dos seus direitos.

Os direitos na saúde são destacados por Vasconcelos (2006) como: direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade; à atenção integral à saúde; à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, tratamento e a reabilitação; atendimento de qualidade e sem preconceitos; direito a informações a respeito de seu quadro de saúde e seus familiares; informação sobre rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde; participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados; direito de ser ouvido e de ouvir nos atendimentos em saúde; acesso ao seu prontuário e exames, e o direito de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo.

Desse modo, torna-se evidente a necessidade dos profissionais articularem serviços e ações coerentes com as demandas e carências dos usuários, e assim contribuírem para a ampliação da consciência sanitária; desenvolverem ações educativas que visem a compreensão pelos usuários das relações sociais vivenciadas, com o repasse de elementos para apreensão e reflexão crítica da realidade. Torna-se clara também a necessidade de

incentivo à participação dos usuários na elaboração e avaliação das atividades institucionais, no intuito de constituir um espaço público que garanta o direito ao acesso a um serviço de qualidade (ZUCCO & CAVALCANTI, 2002).

Corroborando com a idéia das autoras, Vasconcelos (2002, p.24) destaca:

Na situação de pobreza e miséria em que se encontra um grande contingente da população brasileira – 30 milhões no cálculo de alguns, 45 milhões no de outros - já se sabe que políticas de assistência são imprescindíveis. Todavia, é exatamente essa realidade que exige não uma política assistencialista em si e sim uma política de assistência que incorpore, em vez de ações festivas para aumento ilusório da auto-estima dos pobres, ações sistemáticas de formação, de capacitação, de organização para exercício do controle social e do acesso aos direitos sociais garantidos por lei, para que esse contingente possa usufruir as condições de exercício pleno da cidadania.

A citada autora expõe ainda que os assistentes sociais se deparam com entraves na articulação entre o trabalho profissional e os interesses e necessidades dos usuários, porém destaca que estas dificuldades não os impede de realizar suas ações vislumbrando esta articulação. Estas dificuldades são classificadas em cinco pelo mesma autora:

1. A ignorância dos usuários e profissionais daquilo que é garantido como direito do cidadão e dever do Estado;
2. A focalização das políticas que dificultam a crítica, a organização e o controle social e que atingem principalmente os mais pobres, despolitizados, ou seja, o não-cidadão;
3. O direito do cidadão visto de forma fragmentada, o que leva à discussão do direito do indivíduo e à negação do direito em suas inter-relações, conexões e interdependência;
4. A pretensa incompatibilidade no enfrentamento dos direitos sociais e do sofrimento humano, concomitantemente, devido ao culto ao individualismo;
5. A dificuldade dos diferentes trabalhadores sociais para trabalhar com o sofrimento, choro, perda, morte, o que induz os profissionais à compaixão, apoio, ajuda, doação, orientação, encaminhamento, aconselhamento, cuidado, tomados como fins em si mesmos, em detrimento do resgate da autonomia.

O Serviço Social trava assim a batalha de trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas (dor, sofrimento, morte, perdas, falta de trabalho, condições de vida e estilos cotidianos) na perspectiva do médio e longo prazo. Apesar das respostas imediatas que são necessárias, busca-se atender às demandas em sua totalidade vislumbrando a garantia dos direitos dos cidadãos (VASCONCELOS, 2002).

O conjunto das atividades desenvolvidas pelo Serviço Social representa, mesmo contando com essas dificuldades, a possibilidade do usuário ser ouvido e de ser atendido em suas necessidades. Tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível de intervenção do assistente social,

independentemente do local de ocorrência: seja no laboratório de análises clínicas da unidade, na farmácia básica, na nutrição (copa e cozinha), na enfermaria, na lavanderia ou até na esfera das relações sociais, por ocasião de problemas entre usuários e equipe etc. esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade de “repor” (ante a impossibilidade de recompor), com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação e terceirização do trabalho (COSTA, 2000, p. 69).

As atividades do Serviço Social na área da saúde estão concentradas prioritariamente de acordo com Costa (2000), em quatro eixos de inserção⁶⁰:

1) Ações de caráter emergencial: mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde. Essas ações estão relacionadas às condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços para atender às demandas dos usuários.

Este eixo de inserção é identificado com o que Miotto e Nogueira (2006) apontam como processos sócio-assistenciais que se referem às ações desenvolvidas diretamente com os usuários a partir de demandas singulares. As ações são voltadas para o atendimento do usuário como sujeito, tendo em vista dar respostas às demandas e necessidades particulares, com a perspectiva de construir sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais, e sua participação nos mecanismos de controle social.

2) Educação e Informação em saúde: orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração de todos na resolução de problemas de saúde individual e coletiva (saneamento, imunização, por exemplo).

3) Planejamento e Assessoria: qualificar os recursos humanos na esfera operacional da unidade, além de instrumentalizar a formação de equipes de acordo com as novas exigências técnicas do modelo em curso. Este eixo, por sua vez, se assemelha aos processos de planejamento e gestão caracterizados por Miotto e Nogueira (2006), que correspondem ao conjunto de ações desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e

⁶⁰ Ver: Costa, Maria Dalva. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. In: Revista Serviço Social e Sociedade. N 62. São Paulo: Cortez, 2000.

serviços de saúde. Relaciona-se ainda com o planejamento e gestão dos serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais.

Inserem-se nesses processos, as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade: gestão das relações interinstitucionais, criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais; as ações de capacitação de recursos humanos; e ações relativas à gestão e avaliação institucional.

Para tal, os assistentes sociais devem consolidar uma base de informações que tenha como suporte a documentação do processo interventivo, consubstanciada em diário de campo, fichas, estudos e relatórios. Devem também realizar estudos sobre o cotidiano da população e sua relação com os serviços de saúde, para conhecimento do perfil da demanda e assim avaliar a realização de programas e projetos, e poder reordenar os serviços prestados (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006).

4) Mobilização de Comunidade: ações educativas voltadas para sensibilização, politização e mobilização da comunidade em função da instalação e funcionamento de conselhos e do engajamento de lideranças na organização de trabalhos educativos voltados para a prevenção e controle de endemias/epidemias.

Este eixo se aproxima dos processos político-organizativos assinalados por Miotto e Nogueira (2006) que perpassam pela articulação de um conjunto de ações que incrementam as discussões e ações entre o espaço sócio-ocupacional, a comunidade e as instituições, buscando a universalização, a ampliação e a efetivação de direitos. Privilegiam-se, nessas ações, os espaços de controle social do campo da política de saúde como os conselhos de direitos⁶¹, as conferências de saúde⁶², e órgãos como o Ministério Público.

(...) como ação viabilizadora da concepção de promoção da saúde, consiste em contribuir efetivamente na organização da população para que se converta em sujeito político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública. A ação acontece no sentido de identificar e propor alternativas e possibilidades concretas de enfrentamento às questões do cotidiano da luta por direitos, bem como resgatar e trabalhar limites da ação, produzir e/ou socializar informações e análises, tendo em vista o encaminhamento de soluções que viabilizem o atendimento de suas demandas, e o seu

⁶¹ Os Conselhos de saúde possuem caráter permanente, e têm a atribuição de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo (nacional, estadual e municipal). Os conselhos devem aprovar o plano de saúde, o orçamento setorial, acompanhar a execução da política de saúde, avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros.

⁶² As conferências de saúde são geralmente realizadas de 4 em 4 anos (uma nacional, e as conferências estaduais e municipais que tiram representantes para a nacional). Nesse espaço se dá a discussão e a análise da situação geral de saúde da população, estabelecendo-se orientações gerais de funcionamento para os serviços de saúde.

fortalecimento como classe organizada (MIOTO & NOGUEIRA, 2006, p. 282-283).

Essas ações são operacionalizadas por núcleos de objetivação como:

a) Levantamento de Dados: caracterização e identificação das condições socioeconômicas e sanitárias dos usuários. Tem a finalidade de: conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença/diagnóstico/tratamento; identificar as possibilidades e condições de participação da família, empregador, agregados, vizinhos, na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do paciente. Os dados que são privilegiados neste levantamento se referem às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, situação ocupacional e previdenciária, renda, religião e referências pessoais.

b) Interpretação de normas e rotinas: formação de atitudes e de comportamentos do usuário, acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas unidades de saúde. Orientações relacionadas ao regulamento, funcionamento e condições exigidas pelas unidades. Os assistentes sociais podem ser mediadores no caso de excepcionalidades.

c) Procedimentos de natureza sócio-educativa: ações voltadas para a educação em saúde, por meio de orientações e encaminhamentos individuais e coletivos. Deve-se ter conhecimento da legislação social: Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Orgânica da Saúde (LOS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Código de Defesa do Consumidor, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), Legislação Previdenciária, Estatuto do Idoso – para facilitar/assegurar os direitos dos usuários.

d) Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial: atendimento de urgências sociais que envolvem o processo de prestação de serviços, tais como: providenciar transporte, marcação de exames e consultas extras (orientação), mobilização de recursos assistenciais, prorrogação da permanência em programas, orientação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), contato com família em caso de falecimento, outros. Esses instrumentos irão viabilizar as condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde.

e) Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político: Realização de atividades em que o profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, debates, treinamentos, por exemplo, com a finalidade de (re) estruturação e funcionamento dos conselhos gestores; e trabalho pedagógico com funcionários envolvidos com questões trabalhistas, problemas de alcoolismo, emocionais e/ou relações de trabalho (saúde do trabalhador).

Torna-se claro que, para o exercício da atividade profissional na saúde, o assistente social deve conhecer o funcionamento da instituição em que está inserido, a lógica de funcionamento e a dinâmica do sistema de saúde. Deve também identificar as formas de atendimento e prestação de serviços de instituições que possam ser parceiras na viabilização do atendimento aos usuários.

Assim, pode-se afirmar que o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos - a integralidade das ações (COSTA, 2000, p. 62).

Vasconcelos (2002) relata que o trabalho dos assistentes sociais na saúde, em contraposição a um trabalho espontâneo e/ou instintivo, exige uma série de requisitos, tais como: formação profissional e continuada de qualidade; compreensão do campo da seguridade social como direito; organização e planejamento do trabalho profissional com base em estudos e pesquisas; conexão entre programas e equipes e implementação de estratégias e táticas de ação; e formação de uma consciência sanitária que demanda uma consciência social sobre a questão saúde.

Requer ainda a capacitação, incentivo e organização dos usuários na luta pelos direitos; democratização de informações e conhecimentos; levantamento de recursos disponíveis e possíveis de serem acessados; opção pelo trabalho coletivo; participação nos organismos de controle social; criação de espaços de capacitação política e técnica dos conselheiros de saúde e de funcionários que intermedeiem as ações de saúde.

Para finalizar, a autora ressalta incentivo e capacitação à participação no controle social dos serviços prestados sem prejuízo da atenção individualizada; construção dos espaços na área da saúde em espaços de promoção e proteção da saúde; identificação dos riscos que permeiam o cotidiano dos usuários e criação de possibilidades e condições de acesso direto e universal dos usuários ao Serviço Social.

O trabalho do assistente social na saúde pressupõe também o domínio da discussão das políticas públicas, e em especial da política de saúde e do SUS, pois requer que os profissionais tenham um conjunto de saberes que envolvem o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde no Brasil, a reforma sanitária, as desigualdades sociais, o domínio de dados epidemiológicos locais, regionais e nacionais e de dados clínicos presentes na sua atuação cotidiana (CAVALCANTI & ZUCCO, 2006).

Dessa forma, ressalta-se que

(...) as práticas em saúde têm a necessidade de entrecruzar de forma permanente dois conhecimentos, o biológico e o social, principalmente dadas às condições de vida da população com quem diretamente lidam. A falta de conhecimento social impede que seja feita a leitura de uma situação, impede que se interligue a saúde às condições de vida, invariavelmente implicadas. Se as condições sociais afetam a saúde, não há como o profissional da área biológica prescindir de um conhecimento que lhe dê aporte para compreender as origens, as respostas e possíveis alternativas frente aos problemas sócio-sanitários. Por outro lado, o afastamento dos profissionais da área social de elementos mínimos e fundamentais do conhecimento biológico limita a interação entre os grupos de profissionais, fazendo com que perdem as linguagens cifradas e herméticas que, tendo validade no plano científico, são quase sempre incompreensíveis para a população (STEPHAN-SOUZA et al, 2001, p. 60).

Tais argumentos sinalizam que o trabalho do Serviço Social deve contribuir na construção de estratégias de efetivação dos direitos de cidadania e na busca pela qualidade da assistência à saúde. Esta contribuição deve ter como ponto de partida a compreensão da dimensão política da profissão, e a análise dos limites e possibilidades colocadas pelo SUS ao exercício profissional, principalmente no que se refere aos limites postos entre o cumprimento dos direitos dos usuários e as normas institucionais.

Essas sinalizações colocam alguns desafios à profissão que perpassam pela necessidade de criação de espaços coletivos nas unidades de trabalho que garantam a escuta do usuário, e a negociação entre gestores e trabalhadores; pela discussão de diretrizes e a problematização do trabalho realizado; pela necessidade de publicização do espaço institucional, resgatando a natureza pública do SUS e sua regulação estatal; pela desalienação dos profissionais em relação ao processo de trabalho e sua condição de trabalhador.

O trabalho do assistente social deve buscar ainda a democratização do sistema de saúde; a realização de ações integradas de prevenção, promoção e educação em saúde; e o avanço no acesso aos serviços de saúde através do aumento da capacidade de acolhimento e resolutividade dos serviços (ZUCCO & CAVALCANTI, 2002).

A abordagem conceitual, ética/política/ideológica e a fundamentação legal que até aqui deram contorno ao perfil do Serviço Social e ao exercício profissional do assistente social, com o substancial aporte dos autores referenciados, permitem que, no Capítulo IV, a seguir, o foco deste estudo se direcione para o trabalho do assistente social no município de Juiz de Fora-MG, objeto desta pesquisa.

CAPÍTULO IV

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA APS EM JUIZ DE FORA

As reflexões produzidas ao longo do estudo apontaram que a inserção do assistente social no trabalho em saúde possui especificidades, pois se trata de um espaço sócio-ocupacional que tem uma centralidade no trabalho vivo e na produção de ações que visem o cuidado da população. Em se tratando da APS essas particularidades se ampliam, uma vez que este nível de atenção é reportado como a porta de entrada dos serviços de saúde e está em posição privilegiada no contato com os usuários e seu cotidiano de vida.

Proponho, então, um debate sobre o trabalho do assistente social na APS a partir de três eixos: o perfil dos sujeitos da pesquisa; os pilares do trabalho do Serviço Social; e as especificidades da inserção do assistente social na APS.

Relembro que os sujeitos da pesquisa são nove assistentes sociais inseridos na APS do município de Juiz de Fora, e que estão alocados em UBS's tradicionais, UBS's com PSF e UBS's com PSF e RESF.

4.1 O Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

Nessa primeira subseção será traçado o perfil dos sujeitos da pesquisa com o intuito de situá-los quanto à instituição empregadora, aos cargos ocupados, nível salarial, tempo de formado e de trabalho, referências teóricas utilizadas como base para as ações profissionais, formas de atualização profissional e nível de pós-graduação. Pretendo com isso, identificar quem são os assistentes sociais que colaboraram com a realização do estudo.

Praticamente todos os profissionais entrevistados são funcionários efetivos da Prefeitura de Juiz de Fora (PJF). Somente um é da Secretaria Estadual de Saúde, porém está cedido para a prefeitura desde 1996. A maioria foi admitida por concurso público, porém alguns não passaram por seleção, posto que quando ingressaram não era obrigatória a realização de concursos públicos para admissão no serviço público.

Em referência ao cargo que ocupam nas UBS's, foi constatado que os profissionais atuam como assistentes sociais, e alguns relataram que exercem também funções além das assistenciais, como preceptoria do Programa de Residência em Saúde da Família e supervisão da UBS.

A hierarquia a que são submetidos se relaciona ao supervisor da UBS, coordenação da atenção básica e Secretaria Municipal de Saúde. Nas falas dos profissionais foi observado que não existe uma imobilidade na relação estabelecida entre profissional e gestor da UBS, já que conseguem realizar articulações e parcerias no cotidiano de trabalho. Os sujeitos da pesquisa possuem média de idade de 51 anos, e o tempo de formado indicado é em média de 29 anos. O tempo médio de serviço dos assistentes sociais na APS é de 20 anos e nas UBS's que estão lotados, 14,5 anos.

Considerando o tempo de trabalho e a idade média dos profissionais, foi identificado que o grupo de assistentes sociais possui um bom tempo de vivência da profissão. O fato de já terem, tanto uma vivência expressiva do Serviço Social, quanto de inserção nos próprios locais de trabalho, contribui para um conhecimento diferenciado da população usuária com a qual estão trabalhando, e isso reflete no estabelecimento de vínculos com os usuários.

Os usuários têm uma criação grande de vínculos com o Serviço Social, e os usuários buscam diretamente o assistente social (ENTREVISTADO VIII).

Tem uma vantagem que, como sou muito antiga na UBS, eles (os usuários) sempre vêm atrás de mim (ENTREVISTADO IX).

Interessante comparar estes dados referentes à faixa etária dos assistentes sociais em atuação na PJJ com os dados da pesquisa realizada pelo CFESS em 2005, sobre o perfil nacional dos assistentes sociais. A referida pesquisa destacou que 25% dos profissionais no Brasil possuem faixa etária entre 45 a 59 anos, e 38% entre 35 a 44 anos.

Considerando o intervalo de 35-59 anos, pode-se notar que 63% dos assistentes sociais estão incluídos nesta faixa de idade, o que leva ao questionamento seguinte: este quadro corresponde a um envelhecimento dos profissionais ou indica também dificuldades de absorção no mercado de trabalho? Ou ainda expressa características do enxugamento do Estado por meio da não contratação de novos profissionais?

Em relação à remuneração foi verificada uma diferenciação entre os assistentes sociais. Houve referência aos intervalos de 10 a 12 salários mínimos (SM); 7 a 9 SM e 1 a 3 SM.

Articulando as três categorias: situação funcional, carga horária e remuneração, com o tempo médio de inserção dos profissionais na instituição (20 anos), pode-se concluir que os assistentes sociais, possuem uma média salarial pequena, se for considerado que, pelo tempo de serviço, esses profissionais devem ter incorporado adicionais e gratificações aos seus salários. Destaca-se que, a diferenciação salarial maior é pertinente àqueles profissionais que

obtiveram a incorporação dos benefícios por fazerem parte do PSF ou de cargos de gerência e preceptoria.

Essas observações podem ser evidenciadas nas seguintes falas:

Financeiramente é ruim, o salário está cada vez menor (ENTREVISTADO I).

A gente não é PSF, tem muita coisa que só vai para o PSF (...). O trabalho que desenvolvemos é o mesmo, mas na hora do repasse financeiro não temos (ENTREVISTADO III).

É possível identificar também na fala de um profissional que está retardando a aposentadoria por que financeiramente não é viável desvincular-se do trabalho neste momento.

Eu ainda não me aposento porque perco a minha gratificação, meu marido não está trabalhando, minha filha está na faculdade e eu tenho que dar uma segurada (ENTREVISTADO V).

De acordo com CFESS (2005) o nível salarial nacional dos assistentes sociais é de R\$ 960,00 a R\$ 1.440,00 para 45,19%, de R\$ 1.680,00 a R\$ 2160,00 para 20,54%, de mais de R\$ 2.160,00 para 18,59% e de até R\$ 720,00 para 15,68%. Atenta-se assim, que os dados apresentados são compatíveis com os demonstrados na pesquisa realizada.

Um importante elemento a ser analisado conjuntamente com o tempo médio transcorrido desde a conclusão do curso (29 anos) é o relacionado às formas de atualização dos profissionais. Nesse quesito, os assistentes sociais relataram, em sua maioria, que a principal forma de atualização são os cursos de capacitação da prefeitura. Uma minoria referiu participar de congressos, palestras, realizar leituras e adquirir livros. Apenas um profissional relatou que não se atualiza.

Torna-se relevante destacar esse quesito, pois a atualização é essencial para o exercício profissional do assistente social, uma vez que sua ação está ligada diretamente à realidade social e ao movimento da sociedade. Além disso, o aprimoramento intelectual é um princípio fundamental do CEP, com vistas à garantia da qualidade dos serviços prestados à população.

Segundo Iamamoto (2006, p. 188):

O conhecimento criterioso dos processos sociais e de sua vivência pelos indivíduos sociais poderá alimentar ações inovadoras, capazes de propiciar o

atendimento às efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais. Aquele conhecimento é pré-requisito para impulsionar a consciência crítica e uma cultura pública democrática para além das mistificações difundidas pela mídia.

Destaca-se também o apontamento que os profissionais fizeram de que a principal forma de atualização seriam as capacitações realizadas pela Prefeitura. É certo que este seja um espaço respeitável de troca entre os profissionais, mas ressalto que este espaço deve ser extravasado, conforme afirma Santos-Filho (2007). Este autor aponta a relevância da educação permanente no trabalho em saúde, no sentido de que deve haver um estímulo à construção de espaços de aprendizagem contínua, que envolva temas técnico-específicos, aquisição de habilidades de trabalho em equipe e desenvolvimento de competências coletivas, planejamento e gestão, incentivo e projetos de pesquisa e trabalhos específicos.

Em relação à titulação, os profissionais relataram, em sua maioria, possuírem Especialização em Serviço Social aplicado à Saúde. Houve referência também a Especialização em Saúde da Família e Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva. Somente um assistente social não possui nenhum tipo de especialização.

Referindo-se à formação profissional atual dos assistentes sociais, o CFESS (2005) observa que a maioria dos profissionais ainda não teve acesso à pós-graduação, já que 55,34% possuem apenas a graduação; 36,26% possuem especialização e os que possuem mestrado, doutorado e pós-doutorado são 8,4%, o que evidencia, que a pós-graduação *lato sensu* ainda é a mais acessível.

A maior parte dos profissionais citou, como titulação, a Especialização em Serviço Social aplicado à Saúde, ministrada pela Faculdade de Serviço Social nos anos de 1990, o que reflete a importância da Faculdade e da Universidade na capacitação desses profissionais.

Ao mesmo tempo coloco em questão que os sujeitos da pesquisa tiveram o último processo efetivo de capacitação há 10 anos, já que poucos pesquisados relataram que participam de eventos de atualização e realizam leituras.

Ao serem questionados sobre a relação que possuem com a Universidade, grande parte dos profissionais apontou não praticar nenhum tipo de relação com a Instituição. Os assistentes sociais que expuseram possuir algum tipo de relação com a Universidade justificaram o fato em razão de a UBS manter campo de estágio, projeto de extensão, ou abrigar a RESF.

Essa questão é relevante, pois a aproximação com a Universidade pode facilitar o acesso dos profissionais a eventos, cursos, seminários promovidos pela Instituição ou

externos, além de propiciar espaços de encontro e de reflexão por meio das oficinas de supervisão de estágio, oficinas temáticas e preceptorias acadêmicas.

Baseada em Teixeira (2002), considero que as Instituições de Ensino têm a responsabilidade na formação de recursos humanos, na perspectiva de uma formação generalista, que compreenda o usuário como sujeito, e não como reproduzidor de orientações e prescrições, tendo como objetivo maior a qualidade do PSF e da APS.

A partir da compreensão posta por Santos (2003), de que o assistente social precisa estar amparado em um referencial teórico que lhe sirva de guia para a análise e interpretação da realidade, aos profissionais foi questionado quanto às referências teóricas que utilizam como aporte ao seu trabalho.

Os entrevistados indicaram que suas referências são os protocolos de atendimentos determinados pelo Ministério da Saúde, aliados a textos específicos para a área de atuação, como por exemplo, climatério e idoso. Uma minoria indicou que realiza leituras na área de Saúde Coletiva e Serviço Social, aliadas a estudos de temas específicos de acordo com os projetos que estão desenvolvendo. Como exemplo, foi citado o trabalho com famílias e o controle social.

Destaca-se que houve assistentes sociais que não souberam relatar as referências teóricas ou referiram não realizar leituras.

Muito difícil, não realizo leituras. Leio o material da capacitação da prefeitura (ENTREVISTADO I).

Estou bem afastada da teoria. Por minha conta vou estudando coisas específicas do trabalho. Estamos montando um grupo para idosos, aí peguei um material do Ministério da Saúde. Vamos fazer também um grupo de climatério e também já separei a bibliografia. Mas assim do Serviço Social específico eu não tenho estudado e lido nada. Só algum trabalho com dinâmica de grupo que procuro inovar para não fazer as mesmas. Mas da teoria mesmo eu estou distante (ENTREVISTADO V).

Considero que os assistentes sociais, precisam ter clareza de que não podem ter uma atuação afastada de um aporte teórico, para que seu trabalho não esteja fadado ao cumprimento de normas, rotinas e prescrições ministeriais, recaindo, conseqüentemente, na burocratização. O aporte teórico é importante, pois possibilita que o profissional reflita sobre a realidade em que atua e respalda as escolhas realizadas no cotidiano de trabalho.

Importante ressaltar que um profissional abordou a necessidade de articulação dos estudos referentes ao Serviço Social e à Saúde Coletiva.

Leituras na área de Saúde Coletiva e do Serviço Social mais especificamente, porque teve uma época que a gente direcionava muito pra área de Saúde Coletiva e sentíamos muito a falta de estar aproximando do Serviço Social, e a residência puxa muito a gente pra esse lado. Todas as leituras, tudo que estávamos participando estava dentro da Saúde Coletiva. Hoje eu dou preferência por participar de eventos que envolvem o Serviço Social, acho que a gente não pode perder esse pé (ENTREVISTADO VII).

Essa questão merece ser analisada porque, como observado por Bravo e Matos (2006), na área da saúde a crítica ao projeto hegemônico profissional passa, entre outros fatores, por uma suposta necessidade de construção de um saber específico na área, que aos olhos dos autores, contribui para uma negação do traço original do Serviço Social (e, acrescento, das próprias especificidades da profissão), ou ainda recai para um trato de estudos específicos da área médica.

Esses autores sinalizam que o problema não reside no fato dos assistentes sociais buscarem estudos na área da saúde, mas no fato de que, ao adquirir conhecimentos específicos, os profissionais passam a exercer outras atividades, não se identificando como assistente social, e assim, em retrocesso, “o profissional recupera (...) uma concepção de que fazer o Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde” (BRAVO & MATOS, 2006, p. 212).

Assim, considero que um profissional qualificado deve ter conhecimentos sobre a política de saúde, como também deve acompanhar o debate profissional, para articular os dois campos e correlacioná-los à questão social, os movimentos sociais e as classes em questão, para que haja uma articulação real entre demandas e respostas profissionais.

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, revela um desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários (VASCONCELOS, 2006, p. 254).

Outra questão primordial se refere à concepção de saúde que orienta o trabalho dos profissionais. Em sua maioria, os assistentes sociais referiram o entendimento de saúde a partir do conceito ampliado. Alguns assistentes sociais identificaram a concepção de saúde apenas no tocante à prevenção e qualidade de vida.

Conceito ampliado que envolve lazer, educação, transporte, alimentação, moradia, trabalho. Não dá pra falar que saúde é só atender dentro da unidade, a gente tem que envolver as atividades dentro do bairro e buscar parcerias externas. Envolve parcerias e articulações com outras instituições fora da área da saúde, como também dentro da própria rede para realização de encaminhamentos, acesso a algum departamento. Articular com a associação de bairro e participar também desses espaços para mostrarmos interesse e podermos somar. Entender questões da comunidade, buscar as informações de coisas que atingem diretamente o bairro para direcionarmos nosso trabalho (ENTREVISTADO VIII).

O entendimento sobre a saúde calcado no denominado “conceito ampliado” foi firmado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 com o Projeto Reforma Sanitária que propôs a ampliação da visão sobre a saúde. Esta deveria ser concebida como um direito do cidadão e dever do estado. Naquele momento, buscava-se a criação de um Sistema Único de Saúde que separasse a saúde da previdência e que a estatizasse progressivamente através de uma ampla Reforma Sanitária.

Na Constituição Federal de 1988 e na LOS/ 1990 estes ideais são afirmados. A saúde é disposta como um direito fundamental do ser humano tendo o Estado o dever de garanti-la através de políticas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e agravos, e de estabelecer o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde. Como fatores determinantes da saúde tem-se a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços sociais. Está formado assim o que foi identificado como conceito ampliado de saúde.

Uma dimensão da concepção de saúde que não foi identificada nas falas dos profissionais se refere à saúde como um conceito subjetivo, que envolve o projeto de vida e as aspirações que cada pessoa tem em seu cotidiano. É neste espaço que o homem vai conceber sua idéia de saúde a partir de suas vivências, necessidades e da realidade em que vive. Helman (2003) *apud* Gerhardt et al (2006) considera que o significado da saúde vai variar de sujeito para sujeito, de acordo com sua inserção na família, grupos sociais e classes sociais.

Saúde é um universo de sentimentos, vivências e aspirações, o que significa compreendê-la como processo individual e coletivo; individual pelos projetos de vida que temos (a satisfação de nossas necessidades) e coletivo porque envolve questões de cidadania e direitos (CASTRO, 2006, p.77).

Corroborando com o que Santos-Filhos e Barros de Barros (2007) ressaltam, destaco que para além da concepção de saúde prevista na Constituição e na LOS, a saúde não pode ser abordada somente do ponto de vista de sua conservação, mas deve ser pensada a partir da

possibilidade de problematizar a vida e o trabalho cotidianos, criando e recriando novas formas de vida e trabalho, e lutando contra o estabelecimento de padrões e verdades definitivas.

Ainda nessa discussão, é relevante relatar que alguns profissionais expuseram algumas dificuldades para ter o conceito ampliado como subsidiador do seu trabalho, devido a questões como:

Trabalho com o conceito ampliado, que saúde não é só ausência de doença, mas envolve todos seus condicionantes. Mas isso não significa que algumas vezes não nos percamos nisso, porque por muito tempo nós trabalhamos fora desse prisma, então tem que ser um cuidado diário mesmo (ENTREVISTADO VII).

Conceito ampliado de saúde: procuro desenvolver nessa perspectiva, mas a coisa é muito imediatista, direcionado a aquilo que está acontecendo àquela hora. Acho que para efetivar esse conceito precisamos de ações a longo prazo, como educação em saúde (ENTREVISTADO IV).

Nas falas apresentadas pôde-se identificar duas sinalizações relevantes. A primeira se refere ao cuidado que os profissionais devem ter para preservar os pressupostos do conceito ampliado de saúde. A análise desse fato é importante, pois, como evidenciado na pesquisa, a maioria dos profissionais teve seu processo de formação anterior às discussões postuladas pela Constituição de 1988 e pela LOS. Esta sinalização apresenta, mais uma vez, a necessidade dos assistentes sociais se capacitarem periodicamente para se atualizarem quanto ao debate das políticas sociais e solidificarem as discussões que tenham como prisma os direitos e a cidadania, o que poderá refletir em ações cotidianamente respaldadas no conceito ampliado de saúde.

A segunda sinalização está relacionada à necessidade da ação assistencial ultrapassar a sua dimensão imediata e se fortalecer em ações contínuas, que visem à efetivação do conceito ampliado, como por exemplo, através da efetivação de ações de educação em saúde.

Concordando com a fala do entrevistado IV, considero que são as ações a longo prazo que possibilitam o fortalecimento de processos educativos e de capacitação da população para uma inserção cidadã nos serviços públicos, e que contribuem para o controle social e a preservação e ampliação dos direitos.

A discussão sobre a concepção de saúde que orienta o trabalho dos assistentes sociais é importante, pois de acordo com Gerhardt et al (2006, p. 147), dentro do SUS, ainda se mantém em foco as ações nas dimensões biológicas, que desconsideram, por muitas vezes, a influência dos diversos fatores que se entrelaçam nas situações de desigualdade. A autora

reforça que “num processo complexo das desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o da política, do social, ambiental e cultural”.

Essa ponderação aponta para a compreensão de que promover saúde não significa somente realizar ações que tenham o intuito de evitar o surgimento e a transmissão de doenças, ou reduzir agravos à saúde, mas também deve estar vinculada à perspectiva de ampliação da saúde (BARROS DE BARROS et al, 2007).

4.2 Os Pilares do Trabalho do Assistente Social na APS

Apresentar esta temática tem por finalidade destacar o objeto, objetivos, instrumentos e resultados do trabalho do Serviço Social para que se compreenda, de forma mais nítida, a fundamentação das ações do assistente social na APS.

4.2.1 O Objeto do trabalho profissional

Os assistentes sociais, quando questionados a respeito do objeto do trabalho profissional do Serviço Social na saúde, remeteram aos procedimentos utilizados como atendimento individual e orientações, ao protocolo do SUS e à demanda de realização dos programas, à prevenção da saúde e qualidade de vida, à necessidade de dar resposta a todas as demandas que surgirem. Somente um se referiu às manifestações da questão social.

São vários focos porque trabalhamos com a demanda de programas, trabalhamos com os grupos, muito atendimento individual, encaminhamento, saúde mental e essa ficou sobre a minha responsabilidade (ENTREVISTADO IV).

É a prevenção. É mais isso mesmo, não mexo com mais nada não (ENTREVISTADO I).

Dentre as exposições obtidas faço realce a duas. O primeiro vincula-se à fala do profissional que respondeu que o objeto do trabalho do Serviço Social é “tudo”, o que pode significar que o profissional atua de modo pontual, ou seja, imediatista.

É apagar incêndio. A gente está pecando por achar que o assistente social resolve tudo. A gente tem que acabar com esse tipo de coisa. Mas eu fico pensando que se a gente também não tem culpa nisso, medo da gente se impor. Eu estudei na época da ditadura, ainda tinha essa noção que estávamos fazendo caridade (ENTREVISTADO II).

Refletindo sobre a fala acima, considero que os assistentes sociais por não terem seu trabalho organizado, planejado e este ser centrado em demandas espontâneas, acabam produzindo ações com um fim em si mesma, isto é, o profissional absorve a demanda que é apresentada à UBS e não consegue transpô-la para um nível mais reflexivo e coletivo. Esse fato faz com que as demandas postas não estejam articuladas com programas e projetos desenvolvidos. Assim, essas ações

constituem-se em ações imediatas, isoladas, assimétricas, que promovem encaminhamentos, orientações e aconselhamentos e apoio sobre a (s) doenças. Ações com um fim em si mesmo, na medida em que, não estão articuladas a programas e projetos que atinjam e/ou absorvam os usuários de forma sistemática e continuada (VASCONCELOS, 2006, p. 249).

Prosseguindo na análise da fala do Entrevistado II, constato como colocação relevante da profissional, a afirmação de que a modificação desse olhar passa pelo próprio profissional, que deve demarcar o seu trabalho e sua qualidade. Mas ressalto que isto deve ocorrer amparado num processo contínuo de qualificação, para que o assistente social não siga reproduzindo visões já superadas no exercício da profissão.

A segunda consideração é a observação de que somente um profissional abordou como objeto do trabalho profissional a atuação sobre as manifestações da questão social que influenciam no processo saúde/doença, numa perspectiva de garantia de direitos.

O trabalho do assistente social está centrado na questão social com a perspectiva do direito (ENTREVISTADO IX).

Iamamoto (2006, p.176) aponta que o Serviço Social tem como base de sua fundação, enquanto especialização do trabalho, a questão social. Através da prestação de serviços sócio-assistenciais, os assistentes sociais interferem nas relações cotidianas expressas pelas manifestações da questão social “vivas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social pública etc”.

A autora ressalta que, na atualidade, a questão social tem sido objeto de uma intervenção imediata por parte do Estado, pautada numa assistência focalizada e repressiva, que possibilita o risco de cair em uma análise que pulveriza e fragmenta as questões sociais, e atribui aos indivíduos e famílias a responsabilidade pelas diversidades postas às suas vidas, o que conseqüentemente, contribui para a perda da dimensão coletiva da questão social e, retira da sociedade de classes a responsabilidade na produção das desigualdades sociais.

Dessa forma, sinalizo com a possibilidade deste contexto de fragmentação e focalização ter contribuído para que os profissionais desconectassem o seu trabalho do seu alvo principal, qual seja, atuar sobre as manifestações da questão social que envolvem o processo saúde-doença, com vistas à garantia de direitos e à proteção social dos usuários.

Após a dificuldade de compreensão da questão sobre o objeto do trabalho profissional, os entrevistados da amostra foram questionados quanto à sua própria visão acerca da relação entre as manifestações da questão social com o trabalho realizado na saúde. A maioria enfatizou que existe esta relação, tecendo argumentos como:

Os determinantes sociais estão presentes nas questões que envolvem a questão da saúde e doença, por isso o Serviço Social deve estar na equipe mínima. E as pessoas acham que quando fala do social, qualquer um pode atuar. Isso desqualifica o nosso trabalho, de pensar que não necessita de uma base teórica específica e de uma intervenção qualificada (ENTREVISTADO VII).

Tudo que chega aqui é determinado pelas condições sociais, e a gente fica muito sem recurso para trabalhar, temos pouco recurso para lidar com isso. E tem a dificuldade também de fazer com que o usuário reflita que é a condição social que lhe levou a adoecer (ENTREVISTADO VI).

É importante destacar que um assistente social não conseguiu compreender e responder a indagação formulada.

Manifestações? Como assim? (ENTREVISTADO II).

Entendo que os usuários dos serviços fornecidos pelo Serviço Social na APS sofrem diretamente as manifestações da questão social, isto é, das desigualdades geradas pela sociedade de classes. Essas desigualdades proporcionam falta de emprego e renda, subemprego, falta de moradia, analfabetismo e fome, entre outras mazelas sociais.

Buss (2006) apresenta que o principal problema de saúde no Brasil são as iniquidades nas condições sociais e de saúde⁶³, e as dificuldades para superação desses óbices. Portanto, fica nítida a necessidade de inserção na área da saúde de um profissional que tenha uma formação direcionada para o trato das condições de vida da população e para a formulação de políticas sociais.

⁶³ Iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos são as desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS, 2006, p.15).

Articulando essa discussão mais geral com as especificidades da micropolítica do trabalho em saúde que assinala que o objeto central do trabalho em saúde deve ser a produção do cuidado e a produção de atos de saúde comprometidos com as necessidades dos usuários (MERHY, 2004), é possível observar que as dificuldades dos assistentes sociais identificarem o objeto de seu trabalho podem incidir diretamente na possibilidade da produção de atos cuidadores, contribuindo para a realização de ações que atendem de forma fragmentada e focalizada as necessidades dos usuários.

Para ultrapassar estas dificuldades, o assistente social deve procurar desenvolver ações qualificadas e respaldadas na compreensão de que seu trabalho deve ter como norte a perspectiva de atuar sobre as manifestações da questão social que interferem no processo saúde-doença por meio de atos que visem à produção de um cuidado baseado nas necessidades dos usuários.

4.2.2 Objetivo do trabalho profissional

Quanto ao objetivo do trabalho realizado na APS, os profissionais indicaram a socialização de informações e garantias de direitos, a coletivização de demandas, a busca pelo acesso e qualidade do serviço prestado.

Procuro dar respostas aquilo que o usuário veio me procurar, mas, além disso, procuro mostrar outras alternativas e direitos. Temos que levar a pessoa a pensar sobre sua condição de vida. Temos que mudar essa visão que os outros profissionais têm ainda dessa concepção paternalista do Serviço Social (ENTREVISTADO IV)

Qualidade do atendimento, garantir acesso, direitos, garantir a participação das pessoas, autonomia dos usuários para lidar com sua vida, coletivizar as demandas. Não seria muito diferente se eu estivesse em outro espaço de trabalho, apesar das especificidades (ENTREVISTADO VII).

Trabalhar muito em cima de orientações em relação a prevenção, orientações gerais e não deixar que o usuário saia daqui sem uma resolutividade da sua demanda. A gente trabalha muito sem recurso, a Instituição não oferece nada e então temos que tentar resolver o máximo e encaminhar (ENTREVISTADO VI).

Na saúde ele está voltado pra contribuir com sua especificidade na qualidade do atendimento prestado à população dentro do sistema público. E ele faz isso garantindo os princípios do SUS e do PSF (ENTREVISTADO VII).

O trabalho na perspectiva do direito é um diferencial posto à profissão. Conforme Vasconcelos (1993), a existência de um direito social não determina que se tenha o acesso a ele como tal, e dependendo da forma como é usufruído, pode ser transformado em um objeto de favor, doação, troca e controle. Por isso a garantia do acesso a um recurso pelo usuário cidadão de forma crítica e consciente, é elemento fundamental para a transformação do direito formal em direito real.

Apesar do entendimento do usuário como portador de direitos que lhe são garantidos constitucionalmente, vê-se, ao mesmo tempo, que há um desconhecimento desses direitos por parte dos próprios usuários. Este fato, como exposto por Vasconcelos (1993), dificulta, ao assistente social, o desenvolvimento de seu trabalho articulado com as necessidades e interesses dos usuários.

Esse “desconhecimento” se deve ao enfrentamento dos direitos de forma fragmentada e individualizada por parte do Estado e sua política neoliberal, que excluem a maioria do acesso aos benefícios e rompem com as garantias constitucionais e legais, o que leva a uma discussão individual em detrimento de uma discussão coletiva. Esse processo não contribui para a formação de sujeitos históricos com condições de intervir nos rumos da sociedade de forma que seus interesses e necessidades sejam atendidos e respondidos (CASTRO, 2006). Desse modo, torna-se primordial que os assistentes sociais primem pelo acesso dos usuários aos serviços que lhe são de direito.

Um outro elemento a ser enfatizado é a socialização de informações. Silva (2000) considera que esse processo é uma ação que fortalece o usuário no acesso e ampliação de direitos, por ser um processo democrático e político onde se busca tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais.

Segundo a referida autora, uma informação de qualidade deve se diferenciar de uma simples orientação sobre legislação de atos normativos, devendo estar respaldada em aspectos, tais como: a informação deve ser transmitida na ótica do direito, deve ter por referência inicial a realidade dos usuários e ser pautada por um processo de politização que exige uma relação democrática e de respeito entre profissional/usuário.

Aliado a estas colocações, acrescento que os profissionais devem ter competência teórica e ético-política para que as demandas individuais sejam apreendidas de forma coletiva, como também devem ter como foco o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

Considerando o que foi disposto no capítulo II, em uma perspectiva cuidadora, o trabalho deve ter como objetivo a realização de práticas de controle social, o acesso aos direitos, a socialização de informações e a realização de práticas que garanta o usuário como

participante do seu processo saúde-doença. Entrelaçando com os objetivos expostos pelos profissionais de Serviço Social, nota-se que em sua maioria, os assistentes sociais possuem este direcionamento para seu trabalho contribuindo para a efetivação de um cuidado que tenha a perspectiva de cuidar.

4.2.3. Instrumentos do trabalho profissional

Para efetivação de sua ação, os assistentes sociais utilizam no cotidiano de trabalho um conjunto de instrumentos e técnicas. No decorrer da pesquisa, foi identificado que os principais instrumentos utilizados são a linguagem, as entrevistas, o trabalho com grupos, a visita domiciliar e a documentação.

Para uma melhor visualização e discussão, optei por realizar separadamente a análise dos instrumentos detectados.

4.2.3.1 Linguagem

O primeiro instrumento a ser tratado é a linguagem. Iamamoto e Carvalho (1998, p.114) apontam que este é o instrumento básico utilizado pelo assistente social em sua ação. É através da linguagem que o profissional realiza ações de “cunho sócio-educativo ou socializadora, voltadas para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos”.

Os autores destacam que é através desse instrumento que os assistentes sociais podem realizar uma ação persuasiva e de controle sob os usuários, ou uma ação que imprima rumos alternativos à ação opressora.

Na relação com os usuários, o assistente social tem acesso a informações sobre as particularidades da condição de vida da população no que se refere à saúde, moradia, relações familiares, educação etc. A partir deste conhecimento, o profissional efetiva sua ação através da interferência na vida dos usuários. Por isso, Iamamoto e Carvalho (1998, p.115) consideram que o assistente social deve ter clareza do seu compromisso social, “no sentido de solidarizar-se com o projeto de vida do trabalhador ou de usar o acesso à sua vida particular para objetivos que lhe são estranhos”.

Um elemento atrelado à linguagem é a escuta. Na relação usuário/trabalhador de saúde, Ayres (2004) considera que deve haver um verdadeiro interesse em ouvir o outro, e

que através do diálogo (e por meio da linguagem) deve ocorrer a real escuta das necessidades dos usuários.

Madeira et al (2007) abordam que a escuta é um elemento essencial para a apreensão das necessidades dos usuários, por meio da consideração da alteridade, do respeito a diversidade humana, cultural, social, e da compreensão do processo saúde-doença.

Ouvir o outro implica uma escuta para além da lógica tecnocientífica, com o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo, possuidores de histórias e vivências singulares, onde os profissionais e usuários, ao se colocarem em uma atitude de escuta, se dispõem a transformar e transformar o outro (MADEIRA et al 2007, p. 186)

Iamamoto (2001) observa que por meio da linguagem, o assistente social deve estabelecer relações e vínculos com os usuários. Na perspectiva de melhor qualificar esta relação, foram abordados junto aos sujeitos da pesquisa temas como: a avaliação sobre a relação com os usuários, o conhecimento dos nomes e das famílias dos usuários, o acordo que realizam junto aos usuários para as soluções aos problemas expostos, a certificação pelo assistente social da compreensão das orientações disponibilizadas, e das condições econômicas e sociais dos usuários para o cumprimento das orientações fornecidas, e a liberdade que os usuários têm para expressar suas necessidades.

No que diz respeito à avaliação sobre a relação que estabelecem com os usuários, os entrevistados foram unânimes em classificá-la como boa, e alguns profissionais justificaram que esse fato ocorre porque direcionam o seu trabalho a partir do acolhimento. Este é fundamentado em uma relação de interesse, confiança e apoio entre profissional e usuário, abrindo espaço assim, para o diálogo e a escuta, e a qualidade dos serviços prestados.

Boa, temos um relacionamento bom. Eles percebem o nosso interesse por eles e aí eles sempre procuram a gente, construindo um vínculo (ENTREVISTADO VIII).

Minha relação com eles é de respeito. O usuário eu sempre vejo na perspectiva do direito, sempre trago comigo os princípios do SUS (ENTREVISTADO IX).

A gente tem a experiência do acolhimento que eu acho que é um momento que a gente consegue estabelecer uma boa relação. O usuário traz para a gente a demanda, a necessidade que ele tem, e a gente tenta junto com ele buscar a melhor forma de atendê-lo dentro dos recursos que a gente tem dentro do serviço ou fora dele. Então é um espaço de escuta e é um espaço que ele participa da decisão também (ENTREVISTADO VIII).

Quando questionados sobre o conhecimento que possuem dos nomes dos usuários, houve uma diferenciação nas respostas dos profissionais. Os assistentes sociais inseridos nas UBS's tradicionais justificaram que conhecem mais os usuários que comparecem com frequência à Unidade.

Muitos a gente sabe o nome, mas como está tendo muito morador novo, é muito difícil a gente saber, complicado (ENTREVISTADO III).

Os profissionais inseridos no PSF responderam que sabem apenas alguns nomes dos usuários e que isso ocorre devido ao crescimento das áreas e a presença de moradores novos. Os assistentes sociais alocados em UBS's de PSF com RESF colocaram que sabem o nome da grande maioria dos usuários apesar do crescimento das áreas. Dentre eles, um relatou que faz questão de saber e decorar os nomes; e outro destacou a importância de saber os nomes para o trato dos usuários com respeito.

Cresceu um pouco, eles sabem mais o meu nome do que eu os deles, mas eu procuro sempre está chamando pelo nome. Como eu já estou aqui há bastante tempo um ou outro mais novato que às vezes eu esqueço, mas sempre que retornam eu pergunto “como é seu nome todo mesmo?”. Como eu preciso anotar mesmo, a pessoa fala o primeiro nome e eu guardo. Eu procuro estar sempre tratando pelo nome porque eu acho que isso é importante (ENTREVISTADO V).

Esses apontamentos são relevantes já que a totalidade dos sujeitos da pesquisa declarou que os usuários sabem seus nomes.

Em relação ao conhecimento da família dos usuários, também houve uma diferenciação nas falas dos assistentes sociais de acordo com a inserção nas UBS's. Os profissionais inseridos nas UBS's tradicionais e de PSF disseram que conhecem a família dos usuários que mais frequentam a UBS, justificando este fato pelo tamanho e crescimento das áreas; e os profissionais preceptores da RESF relataram que costumam conhecer os familiares devido ao tempo de serviço que possuem na UBS.

Vários sim, mas muitos não têm como, a área é muito grande (ENTREVISTADO III).

Conheço os usuários e os familiares mais antigos e os mais frequentes a gente conhece, a gente costuma guardar até o número do prontuário deles (ENTREVISTADO II).

Essa questão é importante, pois trata, em sua maioria, de um espaço de trabalho que tem como perspectiva o conhecimento das famílias e da comunidade. Por isso é essencial para o trabalho que os profissionais conheçam as famílias da área de abrangência da UBS onde atuam. No entanto, o que ficou demonstrado é que os assistentes sociais da amostra, em sua maioria, não têm total conhecimento das famílias referenciadas em sua Unidade.

O conhecimento referente às famílias é relevante, pois conforme Teixeira (2002), em termos de Serviço Social, uma especificidade e conhecimento que a profissão tem é o trabalho com famílias, e isto lhe gabaritam a dar consistência e coerência aos projetos do PSF que tem a família como público central.

Considerando que na utilização da linguagem, deve-se levar em conta o sujeito que é receptor da informação, foi questionado aos assistentes sociais sobre os acordos que são feitos com os usuários para a solução dos seus problemas. A maioria dos entrevistados ponderou que tenta, ao máximo, compartilhar as decisões com os usuários.

Sim. Muitas vezes a gente não tem como definir a solução, temos que ver a necessidade do usuário. A gente busca conversar, mostrar as possibilidades para estarmos encaminhando (ENTREVISTADO VIII).

Nos atendimentos que é feito pelo Serviço Social, essa é uma preocupação da nossa categoria, de estar sempre promovendo a pessoa, e que a pessoa participe da resolução do problema. Então já é uma preocupação de formação profissional (ENTREVISTADO VII).

O argumento tecido pelo entrevistado quanto à existência de um diferencial na formação do profissional de Serviço Social encontra sustentação no Código de Ética profissional que inclui entre seus princípios a democracia, participação, defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, entre outros, indicam uma perspectiva de atuação comprometida com os usuários e suas necessidades.

Apesar desse diferencial assinalado, dois profissionais consideraram que possuem dificuldades em realizar esse acordo com os usuários.

Nem sempre. Muitas vezes a gente está atrelada à estrutura. Então tem muita coisa que você vai atender que é de cima para baixo, de acordo com a estrutura do serviço. Não tem como planejar isso com o usuário. O atendimento aqui na unidade, a gente passa a informação para o usuário sobre como vai ser o atendimento, ou o que é o grupo de hipertensos, o HIPERDIA, a consulta, os medicamentos. Mas ele não participa de como foi elaborado. E nem a gente. Já está tudo determinado e a gente só passa a informação (ENTREVISTADO IV).

Aliada à questão referente ao acordo estabelecido com os usuários, outro fator importante é a verificação que os profissionais realizam da compreensão dos usuários sobre as informações fornecidas. Ambas são de extrema relevância visto que, a partir da real compreensão do usuário da situação que está vivenciando, ele poderá agir como sujeito na relação com o profissional, com o sistema de saúde e com os serviços de uma forma geral.

Para ter a compreensão da assistência recebida, o usuário “precisa ter clareza do que vai viver, do que lhe é proposto; necessita estar disponível, informado, consciente. Só assim estará em condições de participar, de decidir, de também definir caminhos” (VASCONCELOS, 1993, p.146).

Assim, indagados se verificam se os usuários compreenderam as orientações disponibilizadas, a grande maioria dos assistentes sociais sinalizou que realizam esta verificação.

A gente sempre tem por hábito perguntar se entendeu e pela própria expressão da pessoa a gente já faz uma análise. Se a gente vê que a pessoa está com cara de que não entendeu, a gente tem sempre o cuidado de explicar de novo e escrever. Por exemplo, quando são mais informações, exames, para marcar tal exame, a gente escreve em um papel aonde que a pessoa vai e no caso, procurar quem. Então a gente tem sempre esse cuidado, e sempre pede um retorno: me fala se você conseguiu, me fala se não conseguiu. E as pessoas estão aprendendo a fazer isso, no início era meio difícil, mas agora elas estão voltando, acho que de tanto a gente insistir (ENTREVISTADO II).

Eu acho que isso a gente percebe durante o contato que a gente está tendo com o usuário, dá para a gente perceber quando você está orientando. Tem casos que eu solicito vir com um acompanhante da família (ENTREVISTADO III).

Um profissional por sua vez, relatou que não realiza tal verificação, justificando que isto ocorre devido às atribuições do cotidiano de trabalho.

Eu acho que não. No corre-corre do dia-a-dia eu acho que não. Muito raramente. No grupo a gente tem a oportunidade de fazer uma avaliação com o usuário, de como foi, o que pode melhorar. No atendimento individual a gente não faz (ENTREVISTADO IV).

Outra questão de grande valia para o Serviço Social ao abordar o usuário está relacionada com as condições socioeconômicas que ele apresenta. São essas condições que irão determinar a forma como o usuário se insere na sociedade e o acesso que possui a bens e serviços. De posse de tal informação, questionou-se aos sujeitos da pesquisa se eles certificam

se os usuários têm condições econômicas/sociais para seguirem as orientações dadas. A grande maioria dos profissionais respondeu afirmativamente.

Com certeza. Como a gente trabalha com a família, a gente conhece muito os nossos usuários, o que é um pouco diferente quando você faz um atendimento mais pontual. Então, naturalmente por conhecer, a gente já faz uma classificação um pouco de linguagem, de orientação, tanto para a capacidade de compreensão, quanto para a capacidade também da pessoa conseguir dar seguimento àquela orientação (ENTREVISTADO VI).

Com certeza a gente sabe que na maioria das vezes não tem. Inclusive outros profissionais muitas vezes não percebem que a situação sócio-econômica é a base. Teve um trabalho voluntário feito aqui que foi muito frustrante, porque muitos não puderam seguir os encaminhamentos por conta de não ter dinheiro para a passagem. Então não adianta muitas vezes fazer o encaminhamento, se o usuário não tem condições de seguir (ENTREVISTADO V)

Somente um profissional apontou que realiza, por vezes, essa verificação.

Também às vezes. Dependendo do caso, se você acompanha mais vezes, tem mais chance de ver isso. Mas no tumulto do cotidiano, do dia-a-dia a gente não vê isso não (ENTREVISTADO IV).

Essa colocação desperta uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelo profissional no sentido de analisar se este possui um retorno de qualidade para os usuários, já que o mesmo assistente social respondeu que não verifica as orientações dadas aos usuários.

Nota-se que a linguagem, neste momento, é utilizada de forma limitada, pois não propicia uma interlocução democrática e não possibilita que o usuário esteja integrado ao processo de solução às questões que apresenta ao assistente social.

Para o estabelecimento de uma relação dialógica, o profissional deve estabelecer com os usuários uma relação democrática no processo diálogo/escuta. Assim, quando questionados sobre a liberdade que os usuários têm para expressar suas necessidades, todos os assistentes sociais pesquisados relataram que os usuários se sentem a vontade para realizar tal ação.

Sentem. Por que quando eles não se sentem, eles se manifestam na sala de espera, no consultório, no atendimento individual, nas reuniões (ENTREVISTADO VI).

Muito à vontade, às vezes até a vontade demais. Eu percebo que se sentem a vontade por eles acreditarem que tem um profissional que está escutando que não vai desvalorizar a fala deles, não vai ridicularizar o tipo de conhecimento que possa ter em determinada área que não é obrigação dele saber. Eu percebo que com o assistente social o usuário fala na linguagem

que é dele mesmo, no sentido de se fazer compreender mesmo (ENTREVISTADO VII).

Uma fala merece destaque por expressar a questão do vínculo, o que revelou uma visão mais abrangente. Quando questionado, o profissional colocou que o usuário se sente à vontade, mas que isso deve ser construído através do vínculo.

Eu acho que demora, tem que ter vínculo. Acho que comigo eles tem melhor, eles me procuram pra repassar o problema. Não é todo mundo que tem abertura para falar suas necessidades, geralmente vem a demanda imediata, aí tem que ter o vínculo, a escuta qualificada. Se você souber acolher você pega isso. Mas isso é demorado, te demanda experiência. Não é todo mundo que gosta de acolher porque quando você acolhe você acolhe a miséria, a fome, a dor, a violência, e quando você consegue acolher isso, você encontra a necessidade (ENTREVISTADO IX).

No trabalho em saúde, os encontros entre trabalhadores e usuários condicionam a forma de produção do serviço, assim como seus efeitos na vida dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença. Nesses encontros, as mazelas sociais são escancaradas, como também as condições de vida, as distinções de valores, ocorrendo uma exposição da vulnerabilidade e precarização, e neste ponto, o profissional deve estar aberto ao outro e à possibilidade de ter acesso a necessidades dolorosas (GOMES et al, 2007).

Já um profissional dos que referiram que os usuários se sentem a vontade para expressar suas necessidades, demonstrou uma visão limitada sobre esta, afirmando que

Eu acho que eles sentem sim, eles ficam ali tem hora que a gente tem até que bater o sininho para acalmar um pouco, tem hora que criança corre, parece que está em casa então tem hora que eu acho até meio exagerado. Tem uns que falam mais que outros, mas para marcar eu acho que não, chegam normalmente ali no balcão e falam o que querem (ENTREVISTADO I).

Na discussão sobre a linguagem como instrumento de trabalho do assistente social, pode-se verificar que os profissionais, em sua maioria, tentam estabelecer com o usuário uma relação de vínculo para que o processo de escuta-diálogo esteja amparado por bases democráticas. Desse modo, a linguagem é utilizada muito mais numa perspectiva socializadora do que de controle dos usuários.

Ressalta-se que a linguagem é um instrumento básico de trabalho que perpassa pelos outros instrumentos utilizados pelo assistente social em sua ação profissional.

4.2.3.2 Entrevista

Todos os profissionais relataram utilizar como instrumento a entrevista individual. As demandas nas entrevistas são atendidas sob a forma de encaminhamentos e orientações, conforme a exposição dos entrevistados.

A utilização desse instrumento representa contato do usuário com a instituição e a possibilidade de ser ouvido e atendido em suas necessidades. As entrevistas devem ser espaço de conhecimento mútuo, ampliação da consciência e das questões do cotidiano. Esse instrumento deve ter um caráter educativo, a partir do desencadeamento de um processo reflexivo, onde novas informações possam vir à tona (SILVA, 2000).

É preciso atentar que, durante a utilização desse instrumento, as demandas dirigidas ao Serviço Social são *aparentemente* individuais, pois a impossibilidade de arcar com custos de transporte, medicação e alimentação, por exemplo, é decorrente da própria dificuldade das classes populares sustentar despesas que escapam ao seu orçamento, e decorrente da própria lógica de sua inserção na sociedade capitalista (VASCONCELOS, 2000).

Outro ponto a ser destacado é a necessidade dos profissionais identificarem e priorizarem as necessidades de saúde dos usuários além das demandas espontâneas. “Significa pensar a profissão, não para atuar junto a indivíduos isolados, mas junto a grupos e segmentos da classe trabalhadora que tem interesses e necessidades individuais que expressam interesses e necessidades coletivas” (VASCONCELOS, 2006, p. 259).

Diante dessa compreensão, os profissionais foram questionados acerca do direcionamento da abordagem que realizam junto aos usuários e sobre quais elementos que priorizam. Os assistentes sociais responderam que tentam traçar um levantamento da história de vida dos usuários, ao abordar a situação socioeconômica, de renda, trabalho, e a situação familiar. Outros assistentes sociais acrescentaram ainda a necessidade de analisar a relação dos usuários com a sociedade, as barreiras de acesso que possuem, os fatores de risco para o adoecimento e o conhecimento (do usuário) do seu processo saúde-doença.

Quem é o cuidador, referência familiar, situação previdenciária, barreiras de acesso ao tratamento, fatores de risco, conhecimento da doença, o que atribui ao problema de saúde. E a gente tem um conhecimento de quem é esse usuário e informações que podem ajudar a programar o grupo de acordo com a realidade, e o conhecimento dos usuários (ENTREVISTADO VII).

Segundo Ceccim e Ferla (2006, p. 166) é essencial que, em cada encontro com o usuário, o profissional aborde elementos que possibilitem aproximar e conhecer os sujeitos de

sua ação. Esses elementos podem ser agrupados da seguinte forma: condições de vida e de trabalho, concepções acerca da saúde e doença; fatores que beneficiam e prejudicam a saúde; recursos que podem acessar em caso de doença ou as providências que tomam; formas de evitar adoecimentos e concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado.

Os profissionais referiram ainda que para a utilização desse tipo de instrumento possuem sala para atendimento, resguardando o sigilo quanto às informações repassadas pelos usuários durante a entrevista. Dentre os entrevistados, somente um destacou ter problemas quanto a privacidade para a realização dos atendimentos por compartilhar a sala com outros profissionais.

Para os profissionais de Serviço Social o sigilo referente aos atendimentos que realiza é de suma importância, uma vez que o assistente social lida diretamente com a vida dos usuários, e com situações que perpassam tanto pela circulação deles na vida pública, como também pelo espaço privado. O sigilo profissional é respaldado pelo Código de Ética, no seu artigo segundo, que aponta a inviolabilidade do local de trabalho, arquivos e documentos, garantindo o sigilo profissional; e no artigo sétimo que aponta como direito do profissional dispor de condições de trabalho condignas, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados.

4.2.3.3 Trabalho com Grupos

O terceiro instrumento abordado pelos profissionais é o trabalho com grupos. Para fomento dessa discussão, parto da compreensão de Prates (2003) em relação às estratégias coletivas de intervenção, que devem ser reconhecidas a partir da possibilidade de estabelecer processos sociais por meio da identificação entre os sujeitos, da realidade vivenciada, do fortalecimento de alternativas de organização e do enfrentamento coletivo de determinada situação. Os processos grupais devem ter como base a reflexão coletiva e o diálogo, e como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos usuários, em busca da superação do aparente, através de novas leituras do cotidiano vivido.

Os entrevistados relataram realizar trabalho com grupos, porém foi notada uma diferenciação na forma como lidam com esse instrumento. A maioria referiu fazer grupos educativos. Alguns relataram que os grupos ocorrem sob a modalidade de palestra. Apenas um profissional afirmou que possui atuação somente no grupo de atendimento.

Os grupos em que os assistentes sociais atuam (de acordo com suas falas) se resumem de uma forma geral, ao grupo de hipertensos, Serviço de Atenção ao Desnutrido (SAD), direitos reprodutivos e climatério (que são determinados pelo Ministério da Saúde).

Tem atividades educativas, grupo de direitos reprodutivos, esse grupo com as mães das crianças do SAD. Então normalmente esses grupos são feitos no período da tarde, grande parte deles, que é onde a gente tem a oportunidade de estar fazendo em conjunto com os outros profissionais também. Então ele é organizado dessa forma (ENTREVISTADO VII).

Também foi identificado durante a entrevista referência ao trabalho com grupos como se estes dissessem respeito ao grupo de atendimento das especialidades médicas⁶⁴. O trabalho com grupos que defendo neste estudo é aquele baseado em espaços coletivos de troca e reflexão, pautados na educação em saúde, e não ao grupo que é organizado por patologia.

No grupo de hipertenso tem o agendamento, a gente orienta como vai funcionar, eles pegam a medicação todo mês porque a gente só libera o remédio mensalmente, e tem muitos pacientes que vêm de noventa em noventa dias (ENTREVISTADO I).

Vasconcelos (2006) aborda que, nos espaços coletivos, deve-se priorizar os processos reflexivos, em detrimento da simples divulgação de informação e conhecimentos. Realizar tal ação requer desvencilhar-se de modalidades de reuniões centradas em palestras, e direcionar o foco em estratégias dialógicas que permitam que o usuário seja partícipe do processo de conhecimento.

Na pesquisa, foi percebido também que os profissionais ao se reportarem aos grupos educativos, destacaram formatos diferenciados

A gente fazia, mas atualmente não tem feito não, mas eu queria voltar a fazer porque faz falta fazer palestra. (ENTREVISTADO I).

Eu acredito muito nessa possibilidade que é a educação em saúde, no trabalho mais coletivo, reflexivo. Acredito que a gente consegue ter um alcance maior do que um atendimento mais individualizado (ENTREVISTADO VIII).

Vasconcelos (2006, p. 266) realiza um contraponto entre a lógica da palestra e a reflexão dialógica:

⁶⁴ O grupo de especialidades médicas é organizado de acordo com a patologia e é centrado no atendimento médico.

Na lógica da palestra, o espaço da reunião, em si, tem pouco valor como instrumento de trabalho. Mas na lógica da reflexão, o espaço criado e coordenado pelo assistente social contém a possibilidade e capacidade de organizar, capacitar, fortalecer, democratizar, politizar. O centro deixa de ser o assistente social (a autoridade), mas o usuário e seu cotidiano, o que envolve colocar em questão (...) as condições de vida, de trabalho, o estilo de vida e a cultura dos envolvidos no processo (...). Desse modo, o usuário vai além de sua condição de passivo, de objeto, como se coloca na palestra e assume a condição de sujeito.

4.2.3.4 Visita Domiciliar

A visita domiciliar (VD) é um instrumento de trabalho do assistente social que tem por objetivo conhecer a condição e o modo de vida da população *in loco*. Pitarello (1990) destaca que a VD deve ser utilizada em *algumas situações* para adquirir maiores conhecimentos sobre a realidade de um determinado usuário, família ou comunidade. É um recurso para complementar informações, aprofundar relações de confiança ou abrir determinadas negociações.

Todos os profissionais entrevistados utilizam a visita domiciliar como instrumento de trabalho. Pondero que houve uma diferenciação nas falas dos assistentes sociais no que refere à frequência na utilização do instrumento, pois nas UBS's tradicionais não existe um direcionamento para a realização de visitas, mas esse fato não impede que os assistentes sociais as realizem.

A realização de VD, segundo os profissionais (independente da alocação), ocorre da seguinte forma: com a equipe, quando há situações específicas a serem acompanhadas como de recém-nascidos, gestante e acamados; e de forma individual quando existem demandas próprias do Serviço Social, quando ocorre alguma denúncia ou há solicitação de familiar ou profissional.

A gente faz a visita, orienta, vê o que precisa ser encaminhado. A gente faz uma busca ativa também nessas visitas, porque quando você faz a visita junto com a equipe, num primeiro momento, você vai atender uma situação da família e quando eu chego lá a gente verifica que a demanda é grande em relação a encaminhamentos, orientações (ENTREVISTADO VI).

Sim, quando tem necessidade a gente faz. Eu faço sempre visita domiciliar, principalmente quando há denúncia de maus-tratos de idosos ou de crianças, eu tenho feito muito ultimamente, e a enfermeira acompanha os agentes na hora que tem que fazer curativo, medir pressão, alguma coisa que precise mais dessa parte (ENTREVISTADO III).

Franco e Merhy (1999) ao realizar uma reflexão sobre as visitas domiciliares no âmbito da APS consideram que em se tratando das visitas compulsórias voltadas para grupos específicos como de recém-nascidos e gestantes, deve-se ter cuidado em sua realização para que esta não ocorra sem um objetivo claro e explícito, e para que não haja uma intromissão excessiva na privacidade dos usuários.

As visitas domiciliares compulsórias, indicam dois tipos de problemas muito graves: (...) Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Mas, pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visita de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. Um outro aspecto, da visita domiciliar compulsória, diz respeito ao fato de que isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente, ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário, o quanto não há um cunho trágico nisso (FRANCO & MERHY, 1999, s/p).

Destaco a existência de algumas visões já superadas pelo Serviço Social em relação às visitas domiciliares como as relacionadas à investigação e comprovação das condições de vida da população, como também às vinculadas às orientações sobre higiene e cuidados médicos. Outro ponto a ser considerado se refere à forma de tratamento do usuário (compreendido como sujeito que deve ser respeitado em sua inserção social e geração) e as possibilidades de acesso aos direitos garantidos na atualidade⁶⁵.

A gente, às vezes, recebe uma denúncia de maus tratos, ou alguma **investigação** que tem que ser feita, algum órgão da prefeitura ou mesmo de algum juiz. Já teve caso de juiz pedir um parecer da assistente social, ou alguma questão da própria UBS que é detectada aqui que precisa de **comprovação** (ENTREVISTADO II).

A agente comunitária visita periodicamente a família e identifica problemas, aí eu vou para estar orientando a família, ajudando, assessorando a agente comunitária para aquele problema que ela identificou, assim como: **pessoas que não estão fazendo o uso correto da medicação, não estão seguindo a prescrição médica**, pessoas que precisam de qualquer orientação, às vezes sei lá uma família com um senhor igual eu já fui várias vezes que **não tem**

⁶⁵ Para melhor visualização das questões abordadas, optei por realçar em negrito passagens significativas contidas nas falas.

cuidado de higiene, não usa a medicação correta, então ela me pede, e eu vou e ajudo. (ENTREVISTADO V).

Atualmente até que é pouca coisa, eu quase não faço visita, a última que eu fiz foi uma idosa lá em cima que não anda mais e fica sozinha em casa o dia todo. Tem uma vizinha que leva comida e ela quem me pediu para ir lá, aí eu fui conversei, pedi para chamar a vizinha que cuida dela, conversei com a vizinha de novo porque ela estava até nesse dia **cheirando mal**, aí eu falei com a menina e ela me falou que tinha ido viajar e que não deu banho. É esse tipo de coisa. É um caso que fica difícil ser resolvido e **também você não tem como internar porque também internação está difícilimo, antigamente era mais fácil**, mas agora está tudo complicado, então eu fui lá conversei, dei orientações. Depois ela voltou aqui e eu tornei a falar com ela o que eu fiz, o que eu falei lá, mas quer dizer, a “**vovó**” continua lá na casa dela (ENTREVISTADO I).

Na realização da visita domiciliar deve-se ter clareza de que o profissional está atuando no espaço privado das famílias, colocando em choque os direitos ao acesso ao serviço público e à privacidade. Dessa forma, é de suma importância compreender o cotidiano de vida das classes populares; valorizar e respeitar os costumes, crenças, a cultura dos usuários, para que possam se desvencilhar de posturas autoritárias, conservadoras e controladoras, de modo a possibilitar que os sujeitos reflitam sobre a condição de vida em que se situam.

Assim, ao realizar uma visita domiciliar,

não serão observadas apenas as condições de vida dos sujeitos, mas procurar-se-á apreender o seu modo de vida, expresso no cotidiano da vida familiar, comunitária, no seu trabalho, nas relações que estabelece, no significado que atribui a estas relações, na sua linguagem, representações, com vistas sempre à construção de novas sínteses (PRATES, 2003, p.4).

4.2.3.5 Documentação

O ato de documentar, segundo Pitarello (2000) não é uma atividade burocrática, e o ato de produzir documentos não se reduz ao manuseio técnico-operativo. A autora aborda que quando

produzimos ou desejamos conhecer documentos queremos juntar elementos, evidências, sinais que darão sustentação às idéias ou às ações realizadas, querendo ou precisando comunicar isto a outros interlocutores (PITARELLO, 200, p.3).

Sobre o registro que realizam de seus atendimentos, a maioria dos assistentes sociais afirmou que o fazem no prontuário, um relatou que não tem o hábito de registrar suas ações e um que tem somente o registro de relatórios.

Já registrei muito, mas agora eu estou meio “malandrinha” então as vezes eu só registro no que eu tenho que anotar ali, algum caso que justifica (ENTREVISTADO V).

Alguns assistentes sociais abordaram que além do registro no prontuário geral, possuem formas de registro próprias do Serviço Social.

Geralmente eles são registrados nos prontuários, onde todos os profissionais também registram, de forma que quando você pega o prontuário, ele vai ter uma seqüência dos atendimentos, de todo mundo que atendeu. Ele é registrado também no caderno do Serviço Social, onde são um pouco mais detalhado algumas questões, (ENTREVISTADO VII).

Tem o registro que é realizado no prontuário geral da UBS e registros específicos do Serviço Social. Temos um arquivo na sala desses atendimentos e encaminhamentos realizados. Temos uma folha de produção que vai pro sistema de informação e tem as informações de atendimento que vão pro SIAB. E temos um caderno de atendimentos mais específicos com informações que precisamos guardar para fazermos um acompanhamento melhor posteriormente. Cada equipe tem os projetos que são realizados, tem livro de ata das reuniões (ENTREVISTADO VIII).

Em relação especificamente à documentação dos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social, a maioria dos profissionais expôs que não possuem nenhum projeto escrito do Serviço Social e não há documentação de ações específicas.

Não há projeto escrito ou análise da realidade, é o próprio cotidiano. O arquivo sou eu, mas isso é um problema de não ter o hábito de registrar porque quem entrar aqui depois não terá nada, porque sou eu sair levo a história toda comigo. Mas a questão da saúde mental eu tenho procurado escrever (ENTREVISTADO II).

Às vezes peço por não ter tempo de documentar, talvez seja também uma questão de acomodação. Se a gente tivesse sempre documentado tudo o que a gente fez, a gente teria feito vários livros porque a gente consegue captar muita coisa (ENTREVISTADO VI).

As falas traduzem uma problemática que se refere à continuidade do trabalho quando estes assistentes sociais não estiverem nos seus cargos, como também nos remete a uma falta de sistematização das ações que realizam. A documentação do exercício profissional do assistente social é fundamental, uma vez que durante a realização de seu trabalho o

profissional produz um conhecimento sobre a realidade na qual ele está atuando, e é por meio da documentação que há possibilidade de se registrar esses conhecimentos e planejar o trabalho profissional.

Mioto (2007) observa que, pelo fato das ações profissionais estarem calcadas predominantemente no uso da linguagem, serão os registros das ações que irão permitir obter dados e dar visibilidade à intervenção profissional.

Uma minoria dos entrevistados da amostra afirmou que as atividades exercidas pelo Serviço Social têm documentação própria. Relevante assinalar que estes profissionais estão inseridos na RESF.

Todos os projetos, fichas de atendimento, têm tudo documentado. Temos o fluxograma da equipe e temos também uma organização do Serviço Social. Tem tudo escrito: se o Serviço Social está no atendimento ao desnutrido, o que ele está fazendo lá? Aí tem toda discriminação. E isso dá visibilidade também ao trabalho do Serviço Social para os outros profissionais (ENTREVISTADO VII).

Considero assim, que o ato de documentar é instrumento de comunicação e também de memória, por ser elemento essencial para o trabalho do assistente social, uma vez que possibilita subsidiar a organização e a divulgação do trabalho, e conserva a memória da profissão em seus diferentes espaços sócio-ocupacionais.

Ao tratar dos instrumentos utilizados pelo assistente social é possível verificar, respaldado em Merhy (2002), que os assistentes sociais operam seu trabalho por meio de tecnologias leves produzindo ações que tem o compromisso com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e automatizar a relação com os usuários.

4.2.4. Resultados do trabalho profissional

No que se refere aos resultados gerados pelo trabalho desenvolvido na APS, as falas ficaram bem divididas entre os profissionais que conseguem visualizar bem os resultados do seu trabalho e os que conseguem visualizar de forma limitada.

Os assistentes sociais que narraram conseguir de uma forma limitada visualizar os resultados de seu trabalho teceram ponderações como:

Consigo visualizar muito pouco. Às vezes quando vem um ou outra dar um retorno, agradecer, mas às vezes eu nem sei o que aconteceu (ENTREVISTADO I).

Não consigo visualizar. Acho que a socialização de informações é o que é mais claro, mas eu não tenho como mensurar se significou qualidade de vida, se ele conseguiu o direito. Inclusive nos temos que avaliar nossos trabalhos. Nosso resultado é descentralizar informação. Acho que juiz de fora não tem profissional nenhum que faça essa organização (ENTREVISTADO IX).

Os profissionais que disseram conseguir perceber os produtos do seu trabalho sinalizaram que apesar de não conseguirem realizar esta visualização diariamente e diretamente, conseguem identificar alguns elementos, conforme destacado abaixo

Eu consigo perceber que a gente intervém no processo de trabalho diretamente, que conseguimos interferir diretamente no fluxo do serviço, de colocar em primeiro lugar a necessidade do usuário. A gente desfoca do indivíduo e foca na família, ampliando o olhar. É o que a gente traz de possibilidade pro serviço além do atendimento da doença (ENTREVISTADO VII).

Tem uma criação grande de vínculos com o Serviço Social e os usuários que nos buscam diretamente. Mas conseguimos visualizar mais em equipe. Percebemos o resultado também pela família. Vemos quando as famílias procuram a gente e reconhece a satisfação da comunidade. O resultado não é palpável, mas a gente vê que tem uma procura muito grande. As lideranças colocam a satisfação também (ENTREVISTADO VIII).

A dificuldade de visualização pelos assistentes sociais dos resultados de seu trabalho remete a duas questões centrais. A primeira a ser problematizada se refere à hipótese de que a dificuldade de visualização dos resultados do trabalho está diretamente atrelada a não percepção do objeto do trabalho profissional pelos sujeitos da pesquisa, ao obscurecimento do processo de reflexão sobre a conjuntura contemporânea e seus rebatimentos no exercício profissional, e a organização parcelar do trabalho em saúde.

A dificuldade de compreensão sobre as especificidades do processo de trabalho em que o assistente social se insere, tem como produto a dificuldade de visualização dos resultados do trabalho e a solidificação de um processo de alienação.

Referenciando-se ao hiato que, muitas vezes, se opera entre o profissional e o fim último de seu trabalho, Campos (1997) pondera que se o profissional não se considera parte do processo de trabalho ao qual está inserido, se afastando de elementos que potencializam e instigam sua criatividade, ele, conseqüentemente, se distanciará do objetivo e do resultado final de seu trabalho.

A segunda questão está relacionada à necessidade do estabelecimento de mecanismos de avaliação, pois de acordo com Vasconcelos (2003) a definição dos objetivos e do fazer

profissional não é suficiente para uma ação qualificada e reflete diretamente sobre os resultados da ação.

É o processo de avaliação do trabalho que permite ao profissional identificar se suas ações estão sendo coerentes com as necessidades dos usuários e se estão alcançando os produtos esperados, o que poderá incidir também em um planejamento diferenciado para o trabalho.

É interessante observar que nenhum profissional referiu realizar avaliação do trabalho que desempenha. Este destaque é relevante, pois o profissional deve permanentemente refletir sobre sua ação e avaliar os objetivos, metas e resultados, tendo como norte as colocações de Yamamoto (2001) de que o Serviço Social atua no processo de reprodução da classe trabalhadora e nos processos sócio-políticos com a perspectiva do direito e da socialização de informações.

4.3 A Atuação dos Assistentes Sociais na APS

Apresentar a atuação dos profissionais do Serviço Social na APS em Juiz de Fora tem por objetivo delimitar as competências e atribuições do assistente social, a forma de organização do trabalho, a autonomia que possuem para o desenvolvimento de suas ações e as facilidades e dificuldades que encontram no cotidiano de trabalho.

4.3.1 Competências e atribuições do assistente social na APS em Juiz de Fora

Os assistentes sociais quando questionados sobre o seu trabalho na UBS, referiram que estão desenvolvendo as seguintes competências e atribuições: orientação de indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; encaminhamento de providências; planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; realização de estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais; realização de vistorias, perícias técnicas sobre a matéria de Serviço Social; prestação de assessoria e consultoria a movimentos sociais; implementação e execução de políticas sociais

junto a órgãos da administração pública; treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; e direção de serviços técnicos de Serviço Social.

Alguns profissionais relataram ainda realizarem atividades que não são privativas do Serviço Social, tais como: auxílio no balcão e entrega de medicação; pesagem de crianças do SAD; e entrega leite do SAD. Avalio que essas ações devem ser secundárias no exercício profissional, e que ocorrem somente como “auxílio” à equipe. Acrescento ainda que entendo essas atividades como pontuais, e não devem ser consideradas como competência específica do Serviço Social, para que processos de educação em saúde e o trabalho com a comunidade, por exemplo, que são primordiais para a efetivação dos preceitos profissionais, não sejam postos em segundo plano.

A questão a ser debatida não é a execução pelo profissional de ações com essas características, mas o direcionamento do trabalho apenas para ações desse tipo, o que descaracteriza o real objetivo da ação do assistente social.

Em relação às orientações (individuais e grupais) que os profissionais desenvolvem, foi identificado que naquelas são realizados esclarecimentos e encaminhamentos para inserção em programas e benefícios sociais como cesta básica, bolsa-família, benefícios previdenciários, assistenciais, e demais direitos que os usuários possuem, e encaminhamentos para acesso aos serviços de saúde e outros que o usuário tenha direito; orientações referentes a saúde mental, e ao relacionamento do usuário com familiares e a comunidade em geral. Realizam ainda orientações respaldadas na educação em saúde.

O que chega muito a questão de benefício previdenciário e assistencial; orientação dos direitos com relação ao trabalho e esta também socialização de informações, da rede de atendimento, a rede de saúde na facilitação do acesso aos serviços, de exames, consultas. Chegam demandas de escuta mesmo, de situações de conflitos, que o usuário não tem coragem de falar com os outros profissionais (ENTREVISTADO VII).

As orientações e seus desdobramentos expostos pelos assistentes sociais condizem com as já explicitadas no capítulo III deste trabalho. Conforme outras pesquisas realizadas no campo do exercício profissional na saúde, identifica-se como principal eixo de trabalho a orientação de direitos e o encaminhamento para inserção em benefícios e programas sociais.

Importante registrar que a grande maioria dos profissionais ressaltou o aumento do número de orientações referentes à saúde mental.

Demanda de saúde mental tem sido imensa, principalmente pela falta do trabalho. E é uma pesquisa que eu estou doida pra que seja feita (ENTREVISTADO VII).

Saúde mental tem aparecido demais. E está tão gritante que agora a UBS tem estagiário de psicologia. Muita dependência química, questões de afetividade, falta de emprego e renda, moradia precária ou que moram muitas pessoas próximas e aí há uma interferência muito grande na vida do outro. Tudo que você procurar aqui passa pelo social, questão de emprego é muito sério, a insatisfação do emprego também. Como a pessoa não gosta do emprego ela está sempre afastada, deprimida. E o alcoolismo que tem demais também. E uma necessidade imensa por conversar também (ENTREVISTADO V).

As falas expostas correspondem a consideração realizada por Luz (2004) quanto a crise sanitária contemporânea desencadeada pelos processos econômicos, políticos, sociais e culturais do capitalismo globalizado, que fragilizou a sociedade e fez com que aumentasse a busca por atenção médica e cuidado terapêutico na última década.

Este aumento ocorreu devido à precarização das relações de trabalho e das relações empregatícias, despolitização e fragmentação dos direitos sociais (estes fruto da organização dos trabalhadores), disseminação de valores contrapostos à solidariedade social (familiares, religiosos, corporativos, de classe), e ao início de um ciclo de desemprego sistêmico: desemprega mão de obra atuante e não emprega os que chegam ao mercado de trabalho. Todos estes fatos tiveram como resultado final a vulnerabilidade das populações, a busca constante de atenção à saúde e o aumento de demanda no campo da saúde mental (LUZ, 2004).

No que diz respeito ao trabalho desenvolvido pelos profissionais junto aos movimento sociais e à organização de comunidade foi observado que este ocorre principalmente, através dos Conselhos Locais de Saúde (CLS).

Em Juiz de Fora, cada bairro possui um CLS, e a divisão de representação é compartilhada entre os representantes dos usuários (70%); os profissionais de saúde (20%); e representantes do governo (10%) (PAULA, 2007b).

O trabalho do assistente social ocorre sob a modalidade de assessoria ou de participação no CLS como representante dos profissionais de saúde.

A gente dá assessoria ao conselho de saúde e algumas outras organizações que tem na comunidade, a gente têm reuniões mensais com eles, com os conselheiros, a gente tenta abrir um espaço da unidade para participação, construção do trabalho, tentar ouvir um pouco qual a medida de satisfação dos usuários, tudo que o conselho traz (ENTREVISTADO VII).

É realizado trabalho com conselho. O assistente social é representante dos profissionais. Todos participam das reuniões mensais, e das reuniões da região (ENTREVISTADO VIII).

O processo de intervenção junto aos Conselhos é de extrema importância, pois o Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios, que expressam diferentes projetos societários e diferentes direções para a política de saúde. E “o segmento que representa as classes subalternas pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado” (CORREIA, 2006, p. 127), contribuindo para que os recursos sejam gastos com o atendimento de necessidades reais da população e “não fiquem a mercê dos interesses clientelistas, privatistas e /ou de “currais eleitorais” (CORREIA, 2006, p. 135). Miotto (2006) acrescenta que os espaços de participação da comunidade são essenciais para o processo de construção da esfera pública.

Um importante destaque se refere à colocação de alguns profissionais referente à dificuldade de trabalho de mobilização da comunidade.

Nosso Conselho Local está praticamente desativado por causa de confusões internas. Então a gente não tem feito reuniões. Na medida do possível a gente até tenta direcionar alguma coisa. Quando é necessário, a gente tem uma intervenção, mas uma participação ativa no momento não (ENTREVISTADO VI).

A gente acaba caindo naquela coisa antiga de resolver o pontual ali, e aquela coisa mais ampla que ela pode se organizar, pode lutar pelos seus direitos, o usuário não está querendo. A gente não consegue mais reunir sindicato, sociedade pró-melhoramento de bairro, são sempre os mesmos que trabalham com o conselho. Por que eu acho que por aí a gente conseguiria um retorno. E pra gente profissional é muito mais cômodo atender aquilo, fechar a porta e ir embora. Não dá trabalho, isso não dá trabalho nenhum. Eu acho que a nossa função maior tinha que ser organizar as pessoas pra melhorar as condições de vida delas, de levar a pessoa a se movimentar, e de ver que ela pode modificar a realidade dele. Mas ainda há confusão entre consciência política e o político. E a gente fica muito sozinha pra mexer com uma coisa tão séria (ENTREVISTADO VI).

Torna-se pertinente apresentar essa questão relacionada à dificuldade de mobilização. Conforme foi visto no capítulo II, na contemporaneidade, a sociedade está passando por um processo de destituição de direitos e fragmentação e precarização das relações de trabalho, como também por uma desqualificação dos espaços públicos, que fazem com que a população esteja desmotivada e descrente dos espaços coletivos e de organização popular. E como demonstrado na fala anterior, o profissional de Serviço Social, apesar de compreender a

importância desses espaços, possui dificuldades de angariar parceiros para tal empreendimento, uma vez que os próprios profissionais sofrem também com a desmotivação imposta por esse contexto.

Outro fato relevante expresso na fala dos assistentes sociais que se refere ao próprio profissional, que muitas vezes se esquia da realização de trabalhos coletivos pela dificuldade de mobilização e articulação política intrínseca a essa proposta, reduzindo sua ação ao atendimento de demandas individuais.

Observo, para além desse contexto, respaldada em Vasconcelos (2000), que é no contato direto com os segmentos populares que o assistente social pode disponibilizar e socializar os conhecimentos adquiridos no seu processo de formação. Este conhecimento engloba as diferentes expressões da questão social, a dinâmica da sociedade e as necessidades da população, além de legislações de políticas e programas sociais (MIOTO, 2007).

Através do desencadeamento de um processo educativo, o profissional pode construir e fortalecer as condições de participação dos usuários. Por isso, Vasconcelos (2000, p.130) destaca que

À população não basta organizar-se para reivindicar; faz-se necessário ter acesso a um saber que a instrumentalize em relação ao como e ao que reivindicar na busca de alternativas possíveis e de como viabilizá-las. O acesso a um recurso e/ou informação por um sujeito social crítico, consciente, é que transforma o direito formal em direito real.

Dentro da APS, a educação em saúde é um diferencial do Serviço Social, pois o profissional percebe o processo saúde/doença e a educação em saúde, a partir da articulação de fatores psicológicos, culturais e socioeconômicos, fundamentada em uma ótica reflexiva, possuindo como referência técnicas participativas, e mais ainda, percebe a educação em saúde e o acesso à informação como um direito.

De acordo com Assis (1998), a educação em saúde vai além de um processo de transferência de informação, pois perpassa pela capacitação dos indivíduos e de grupos para transformarem a realidade na qual estão inseridos. Essa perspectiva parte de uma capacidade crítica que questiona a transmissão vertical de saberes e informações, e valoriza o conhecimento popular, através de uma relação de troca e diálogo que produz reelaborações, aproximações e aprendizado entre profissionais e usuários.

Na pesquisa, os assistentes sociais destacaram que em suas ações sempre realizam educação em saúde, e referiram que o fazem de forma coletiva e individual.

A educação em saúde é um dos focos do trabalho do assistente social. A gente acredita muito nessa possibilidade que é a educação em saúde, e do trabalho mais coletivo, a gente acredita que a gente consegue ter um alcance maior do que até um atendimento mais individualizado (ENTREVISTADO VII).

Acredito que a educação em saúde e o processo de socialização de informações podem subsidiar a transformação das condições geradoras de doença e da própria condição de vida da população (VASCONCELOS, 1993).

Outra atribuição elencada pelos entrevistados foi a formação de recursos humanos em termos de Serviço Social. Esta atribuição ocorre de duas formas: preceptoria da RESF ou supervisão de estágio. Ambas as atividades fazem parte de um mesmo processo que é o ensino do exercício profissional.

O diferencial está no fato de que os profissionais que são preceptores orientam assistentes sociais que estão em treinamento em serviço e se especializam em uma área específica: Saúde da Família. Na supervisão de estágio, os assistentes sociais orientam alunos que estão em processo de formação e de aprendizagem profissional.

As atribuições citadas expressam a sua relevância por se tratarem do aprimoramento profissional e do compromisso com a formação dos assistentes sociais. As atividades são importantes também por possibilitarem que os profissionais estejam próximos à Universidade, às discussões teóricas da profissão, como expresso por um profissional

Ultimamente eu tenho mais contato com a parte teórica por causa dos estagiários, por isso eu fiz questão de ter estagiário porque a gente fica centrada na prática, entra numa rotina e perde um pouco esse direcionamento da parte acadêmica (ENTREVISTADO III).

Em referência aos processos de gestão destaco que, à época da pesquisa (2008), somente um profissional se encontrava em cargo de gestor de UBS. Apesar desse fato, grande parte dos entrevistados já havia sido supervisor de UBS, e a avaliação realizada é de que o acúmulo das duas funções - gestor e assistente social - faz com que muitas vezes haja uma sobreposição de trabalho.

Pelo fato de acumular duas funções, tem horas que acontece coisa mais da parte de gerência, eu sou obrigada a assumir mais a parte da gerência. Eu tento dividir um pouco assim, lógico que depende também da necessidade, eu tento fazer mais da parte da tarde, a parte do Serviço Social, e parte da manhã mais de gerência porque é o horário que todo mundo vem pra

unidade, muitas vezes tem que ficar tentando vaga de especialista lá para baixo, umas assim, mais ligadas com a gerência. Eu tento dividir, mais tem hora que a gente acaba atropelando, pelo fato de acumular duas funções (ENTREVISTADO III).

Embora não seja possível desconsiderar essa situação, avalio que os espaços de gestão são passíveis de atuação do Serviço Social, considerando que o profissional tem uma contribuição importante a fornecer, devido a sua formação que tem por base o estudo das políticas e da realidade social.

4.3.2. Organização do trabalho

Em relação a organização do trabalho, os sujeitos sinalizaram, em sua maioria, que é centrada no atendimento de demandas espontâneas, e que suas agendas são organizadas de acordo com as atividades programadas para a semana, como por exemplo, a realização de grupos educativos ou reuniões.

A única divisão que tem é quando tem os grupos, que já são pré-agendados, aí eu sei que naquele dia, naquela hora eu vou ter reunião de grupo, fora isso não, é demanda mesmo (ENTREVISTADO II).

Sabe, as vezes alguma coisa que não dá para atender na parte da manhã se a pessoa está com muita pressa e eu não posso atender na parte da manhã eu digo para que volte na parte da tarde ou amanhã pela manhã, não tem nada programado não, vou fazendo aquilo que vai acontecendo durante o dia (ENTREVISTADO V).

Alguns profissionais afirmaram que a organização do tempo de trabalho é feita da seguinte forma: no período da manhã ocorre a realização do acolhimento e de atendimentos individuais, e no período da tarde realizam atendimentos de grupos específicos de usuários, reuniões e visita domiciliares, sendo cada dia da semana destinada a uma atividade.

Geralmente tem toda uma estrutura que é do próprio serviço, que a gente já organiza pensando na organização da unidade; e depois os fluxos vão dentro dessa organização maior da unidade, que é o atendimento da demanda feita preferencialmente no período da manhã, e o atendimento mais específico feito nos grupos no período da tarde (ENTREVISTADO VII)

Cada dia da semana é reservado a uma atividade. E mensalmente as residentes me entregam uma agenda, onde constam os dias em que houve atendimento individual, visita domiciliar, grupos. E até é uma forma de ver porque eu não fiz. Por exemplo, a equipe do Serviço Social faz atendimento

individual dois dias da semana e atendimento de saúde mental dois dias de manhã e a tarde, faz visita domiciliar, no dia tal a gente até tem uma grade de serviço, mas para o Serviço Social isso fica meio misturado. O médico, o enfermeiro tem aquele dia que só faz preventivo e o Serviço Social não tem isso tão delimitado (ENTREVISTADO IV).

Como foi visto, a maioria dos profissionais não possuem uma organização das atividades realizadas, havendo apenas uma organização temporal quando são inseridos no trabalho do assistente social, atividades como: grupos, reuniões, salas de espera. Para subsidiar essa discussão, trago uma problematização de Vasconcelos (1993). A autora aponta que a definição dos projetos profissionais e das possibilidades de atenção às demandas deve ser atribuída ao profissional de Serviço Social. Este deve criar os serviços a serem oferecidos tendo por base o movimento institucional e a demanda dos usuários. O trabalho não deve ser centralizado no atendimento de demandas espontâneas, mas ao máximo em estratégias coletivas.

São os assistente sociais, pela sua formação profissional e pelo lugar que ocupam, que portam possibilidade de avaliar criticamente a riqueza de dados e informações que acumulam e /ou podem acumular sobre as instituições, os segmentos populares, o cotidiano de sua prática. A eles é permitido abrir arquivos, ter acesso a todo tipo de documentação, dados recursos, pesquisas projetos (...), podendo criar tempo, espaços, rotinas, diferentes atividades, objetivando uma prática de qualidade. A eles cabe realizar levantamentos, pesquisas, produzir conhecimento sobre o movimento institucional, sobre o próprio serviço, sobre os dados que fazem emergir na atenção prestadas aos usuários (...), explicitando o movimento da realidade social trabalhada, possam se colocar criticamente, definindo prioridades, estratégias, alianças, limites e possibilidades, avaliando as conseqüências das ações realizadas (VASCONCELOS, 1993, p. 144).

Em referência à organização do trabalho em equipe, o primeiro ponto a ser tratado diz respeito à realização das reuniões de equipe e ao planejamento do trabalho.

A análise partiu da compreensão posta por Santos-Filho (2007) de que os espaços de encontros e reuniões entre as equipes devem ser valorizados e potencializados no interior dos processos de trabalho, visto que possibilitam trocas entre diferentes profissionais e em diferentes sentidos, e permitem ultrapassar as prescrições e as agendas inflexíveis, e instituir práticas flexíveis e atraentes para os sujeitos que participam do processo de trabalho em saúde - gestores, trabalhadores e usuários.

As equipes/serviços devem pautar e negociar outros momentos/reuniões que considerem pertinentes e necessários para direcionamento de seu trabalho,

na perspectiva de informação para planejamento e organização dos serviços, e incentivada enquanto processo pedagógico que lhes possibilite crescer em sua capacidade de análise e intervenção, isto é, crescer pessoal e profissionalmente em seu potencial analítico, crítico (SANTOS-FILHO, 2007, p. 264).

Campos (1997, p.246) considera que a crescente especialização dos profissionais de saúde vem provocando a diminuição da capacidade de resolução dos problemas e aumentando o processo de alienação em relação ao resultado de suas práticas, “uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção - seja ela de ordem diagnóstica ou terapêutica - ninguém poderia, em tese, ser responsabilizado, pelo resultado global do tratamento”.

Em relação às reuniões de equipe e ao planejamento, houve uma diferenciação muito delimitada dos três tipos de UBS's estudadas. Por isso, para que a compreensão dos dados fique clara, este ponto será apresentado separadamente.

Nas UBS's tradicionais os profissionais relataram que havia muito tempo que não realizavam reuniões de equipe. Sinalizaram ainda que, quando ocorre alguma reunião, estas são tentativas isoladas da supervisora em se reunir com categorias específicas, ou uma articulação entre Serviço Social e Enfermagem, para serem repassadas questões administrativas. A justificativa para a não realização das reuniões também é atribuída a impossibilidade da UBS disponibilizar um horário que agregue todos profissionais para a reunião, visto que não podem fechar a UBS para tal. Não há discussão de casos de forma coletiva.

Não, muito tempo que a gerente não faz. Agora tem muito tempo que não faz porque é muito complicado na verdade por causa disso, um médico chega em um horário, e o outro em outro horário, então para fazer no dia fica enrolado, o povo fica esperando (...) não dá para suspender atendimento, então não tem feito não (ENTREVISTADO I).

É esporádico, quando precisa mesmo. Reunião assim para sentar todo mundo, isso é muito difícil. Porque a gente não tem um horário, por exemplo, as Unidades que são PSF, como elas têm várias equipes, então uma equipe pode se reunir enquanto as outras estão atendendo lá na UBS. Aqui, para a gente sentar e se reunir, a gente tem que fechar a UBS e isso a gente não pode fazer (ENTREVISTADO II).

Em relação ao planejamento do trabalho, este também não é realizado pela equipe.

Não existe um planejamento descritivo de atividades. A gente faz as atividades da gente conforme elas vão surgindo (ENTREVISTADO II).

A gente agenda, na base da conversa que a gente faz esse agendamento, se a gente tiver que fazer alguma modificação a gente sempre conversa e modifica a programação dos grupos, por exemplo (ENTREVISTADO III).

Nas UBS's com PSF a maioria dos assistentes sociais declarou que realizam reuniões em equipe, e que, geralmente têm a participação do Serviço Social, Enfermagem e ACS. Declararam ainda que possuem dificuldades para realização de uma reunião geral dos profissionais da Unidade. Um profissional afirmou que a equipe realiza duas reuniões: uma geral dos funcionários e uma das equipes do PSF. Os temas discutidos nas reuniões são planejamento e avaliação do trabalho, organização de atividades e discussão de casos.

A equipe toda não faz. Não tem uma reunião geral. Só quando tem algum assunto pertinente ao trabalho, alguma mudança, o supervisor reúne a equipe. Agora na equipe em que eu estou incluída pelo Ministério da Saúde a gente faz uma reunião semanal (ENTREVISTADO V).

Não tem feito porque não está dando tempo. A gente não tem feito reunião geral, mas reunião das equipes é semanal. Como eu sou das três equipes, eu tento... Oficialmente eu sou ligada a uma equipe pelo Ministério da Saúde. A gente reúne semanalmente as equipes separadas (ENTREVISTADO VI).

Os profissionais afirmaram que em relação ao planejamento, a equipe tem buscado realizá-lo de forma coletiva.

A gente tem procurado fazer um planejamento, porque a gente está vendo a necessidade de planejar as nossas ações (ENTREVISTADO VI).

Nessas reuniões é feito mais o planejamento das atividades, do grupo que vai ter, o que a gente vai fazer, as visitas de recém-nascido, de acamado, paciente hipertenso com dificuldade de locomoção. E para o enfermeiro a gente faz a parte de marcação de preventivo. Elaborar o cadastro da ficha A, atualização da ficha A, busca ativa e alguma promoção que a gente vai fazer naquela semana (ENTREVISTADO IV).

Assinlo que os espaços coletivos são de grande valor, pois possibilitam ao trabalho ultrapassar do campo individual para o coletivo, a partir do desencadeamento de um processo de reflexão compartilhado sobre o cotidiano de trabalho e da coletivização da tomada de decisões em um ambiente em que existem diferentes projetos em disputa.

Gomes et al (2007) observam que, em grande parte das unidades de saúde, apesar da busca pela modificação do modelo assistencial e pela inserção de outros profissionais, o que

se verifica é uma justaposição de diferentes profissionais, a vivência de uma hierarquia sedimentada e um olhar sobre o usuário pautado no modelo biomédico, o que conseqüentemente gera uma dificuldade para práticas pautadas na integralidade.

Importante destacar o diferencial das UBS's de RESF. Estas realizam reuniões gerais e reuniões de equipe semanais com a adesão de os todos profissionais, além de realizarem reuniões por categoria. Na reunião geral são discutidas questões administrativas e na de equipe, ocorre discussão de casos, da necessidade de acompanhamento de certos usuários, de demandas trazidas pelos ACS e de planejamento. O planejamento nas UBS's de RESF é realizado pela equipe geral da UBS, por equipe e por categoria profissional.

Fazemos reuniões periódicas, tanto as equipes para discutir os casos das áreas, como reunião geral de equipe para discutir o geral mesmo da unidade. As reuniões das equipes são semanais, e a reunião geral, mensal. Essa reunião também ela existe, separado por categoria, aí cada um discute mais as suas questões mais específicas, mas com uma preocupação de tentar buscar uma forma de ter uma reunião entre as três categorias, fora essa reunião geral que é mais administrativa, e essa outra que discute, para tentar aprofundar alguns temas voltados para a saúde da família, um grupo de estudos mesmo, que também aconteça de uma forma mais coletiva é uma coisa pensada também. Muitas vezes a gente não consegue encaixar todos no espaço de tempo que a gente tem, mas eu acredito que seja importante (ENTREVISTADO VII).

Quando perguntado como é a relação com os outros profissionais da equipe, a totalidade dos sujeitos da pesquisa respondeu que possuem uma boa relação. Um dos profissionais acrescentou que o Serviço Social é o integrador da equipe.

Eu sinto que a nossa profissão tem uma coisa mais integradora. Geralmente todo mundo vem aqui para essa sala. A sala é do Serviço Social, mas faltou sala o pessoal vem para cá. Se eu estou atendendo, a pessoa bate e vai embora. Quando eu não estou atendendo o pessoal reúne aqui. Eu sinto a nossa profissão, a nossa atividade como integradora aqui na unidade (ENTREVISTADO IV).

Dos entrevistados que relataram possuir uma boa relação com a equipe de trabalho (de todas as UBS's), alguns apontaram que apesar da relação ser boa, possuem alguns conflitos. Estes foram organizados em três eixos que se referem à administração, ao trabalho em equipe e a compreensão do Serviço Social.

O primeiro conflito se refere a problemática atribuída à administração.

Eu acho que a gente tem um bom relacionamento, mas só que eu acho que no momento, está tendo muita pressão por parte da administração, então tem ocorrido alguns tipos de problema de relacionamento em função dessas pressões que a gente tem sofrido. Eu acho que até então, a gente tinha um bom relacionamento. Trabalhando na saúde pública já é meio complicado, já é uma coisa estressante, vai todo mundo ficando carregado, mas eu acho que ultimamente, está todo mundo trabalhando com uma certa desmotivação. Parece que não estão trabalhando por prazer, não é por obrigação também não, acho que é uma palavra pesada, acho que assim, parece que tem um peso (ENTREVISTADO III).

O estudo aqui exposto foi realizado no ano de 2008, momento em que a PJF estava passando por sérios problemas na gestão conforme exposto no Capítulo I. Este fato, desencadeou relações conflituosas nos espaços de trabalho da PJF como um todo. As relações de trabalho se tornaram tensas e desmotivantes para os profissionais devido a indefinições dos rumos políticos da cidade. Durante a entrevista houve fortes questionamentos quanto a gestão da APS e da PJF.

O segundo ponto se refere às dificuldades de compreensão do papel do Serviço Social.

A relação é boa, existem algumas dificuldades de compreensão do papel do Serviço Social, porque eu acho que é uma dificuldade, é uma conquista de todo dia mesmo. A gente tem uma equipe que, por conta de ser residência em saúde da família, sempre tem pessoas novas no serviço, então a gente sempre tem que estar um pouco explicando, mostrando. Muitas vezes os profissionais, muitos focam na doença, e isso é priorizado em detrimento das outras ações, então isso às vezes, interfere um pouco nas relações. Mas, eu avalio como muito boa porque eu acho que não é nada que impeça a gente de avançar (ENTREVISTADO VII).

Bonaldi et al (2007, p.58) consideram que a divisão entre as diferentes categorias profissionais e a forte hierarquização ainda presentes nas equipes de saúde impossibilitam a articulação entre os profissionais, e transformam o processo de produção do cuidado em saúde em um “espaço de desavenças, lutas corporativas e de desqualificação do outro”. Por muitas vezes, esse processo e a marca da corporação geram a negação dos outros profissionais como parceiros, tornam invisíveis suas atividades, e reduzem a equipe a especialistas de uma determinada categoria profissional.

O terceiro conflito trata das dificuldades do trabalho em equipe:

A gente tenta. E tenho tentado muito. Eu tenho tentado que os profissionais saiam dessa postura, porque dá trabalho essa coisa interdisciplinar, é mais fácil ficar no seu campo fazendo. Eu acho que o Serviço Social é um lutador. O nosso processo de trabalho é muito diferente. Então se a gente não consegue essa coisa da interdisciplinaridade, parece que estamos no caminho

errado. Acho que não tem como o assistente social fazer um trabalho individual (ENTREVISTADO IX).

Campos (1997) ressalta outro ponto importante no que se refere ao trabalho das equipes de saúde, qual seja, a falta de entrosamento entre as linhas de trabalho e as categorias profissionais que elaboram seus próprios regulamentos, objetivos e normas, que ocasionam, conseqüentemente, uma burocratização do trabalho. O autor aponta que este fato faz com que cada profissional se sinta responsável por apenas aquilo que está ligado a sua área ou especialidade, e contribui para a elaboração de protocolos e programas que normatizam condutas.

Indagados se os outros profissionais da equipe vêem a importância do trabalho do assistente social, a maioria dos profissionais colocou que são respeitadas pelos outros profissionais, apresentando justificativas como:

Vêm e estão sempre me requisitando e escutando. Aonde existe o trabalho do assistente social as pessoas sabem que não poderia ficar sem (ENTREVISTADO VI).

Só não vê quem não quer ver. É falso dizer que as pessoas não reconhecem o Serviço Social, eles não reconhecem a gente na doença. Mas é visível nosso trabalho na saúde. E aí quem é que tem peito pra falar hoje, em 2008, que não reconhece um profissional na saúde? Acho que nosso espaço está consolidado, e se não estivermos vai fazer muito falta (ENTREVISTADO IX).

É inegável a importância do assistente social na área da saúde, a partir do momento que o profissional possui, como orientação da política de saúde, o conceito ampliado que considera a saúde determinada por múltiplos fatores que estão vinculados à condição de vida da população e, conseqüentemente, que os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença.

Um assistente social respondeu que existe uma dificuldade para os outros profissionais enxergarem a importância de seu trabalho, e isto se deve ao fato das ações profissionais não terem respostas imediatas, isto é, necessitam de tempo para que tenham um resultado efetivo, uma vez que as ações dizem respeito à efetivação de direito e à possibilidade de inserção dos usuários nas políticas e programas sociais, e da efetivação de uma cultura política e da cidadania.

Mais ou menos. Porque o nosso é uma coisa mais prolongada, então é difícil de ver. O médico, por exemplo, consegue ter uma resposta imediata (ENTREVISTADO I).

Corroboro com o argumento de Teixeira (2002), que sinaliza a necessidade de se ter o assistente social na equipe básica do PSF (e acrescento, na APS como um todo) a partir do entendimento de que o profissional tem sua formação voltada para o aspecto macro- societário para analisar as singularidades das relações, aliadas à compreensão do direito de cidadania a ser conquistado.

Outro entrevistado sinalizou ainda não acreditar que a equipe veja a importância do seu trabalho por considerarem que a questão “do social” qualquer profissional “pode dar conta”.

Acredito que não. Penso que eles acham que podem ficar sem nós, que essa questão do social qualquer um dá conta um pouco; isso está muito ligado na proposta que é do atendimento da doença. Como trabalhamos com acadêmicos eles sempre questionam porque o assistente social está na equipe. E nós temos que mostrar no dia a dia nossa importância (ENTREVISTADO VII).

Vasconcelos (2000) considera que na sociedade capitalista, “o social” é considerado subalterno. Por isso, os assistentes sociais devem questionar e enfrentar essa subalternidade, para que não a legitimem. A autora destaca que, quando a participação social, a democratização e a socialização de informação, a educação social, em saúde e política, o controle social, são encarados como subalternos pelos profissionais do Serviço Social, há uma contribuição direta para a perpetuação da subalternidade do social, e conseqüentemente, reflete numa subalternidade do próprio Serviço Social.

Mioto (2006) aponta ainda outra problemática que é o alargamento das ações de outras profissões em direção ao social na área da saúde. Isto requer então, a necessidade do Serviço Social primar por suas especificidades.

Todos os entrevistados apontaram que, no cotidiano de trabalho, necessitam discutir e demonstrar suas ações para que sejam reconhecidos.

Vêm. O médico outro dia falou uma coisa que eu não gostei muito não. Ele tava vendo meu trabalho muito como jeitinho. Mas procurei me colocar e explicar o que é meu trabalho (ENTREVISTADO V).

Segundo Teixeira (2002), alguns profissionais de outras especialidades têm dificuldade de perceber uma ação mais crítica e reflexiva do Serviço Social por ainda possuir na sociedade uma visão da profissão centrada na ajuda e no assistencialismo. Por isso, o

assistente social deve problematizar com a equipe essas questões, permitindo uma troca de saberes e experiências.

4.3.3 Autonomia profissional

Em relação a autonomia que possuem para a realização de suas ações, todos os assistentes sociais colocaram que em termos de realização do próprio trabalho, possuem autonomia. Porém, ressaltaram que esta se deve à boa relação que possuem com a supervisão da UBS ou com os outros profissionais.

Eu acho que tem muita autonomia, os limites que esbarramos são os limites que dependem de outros profissionais, não dá para avançar muito porque dependemos de outros profissionais. A gente aqui trabalha com muita liberdade de ação. A relação com a gerência também facilita na liberdade de propormos as coisas, de liberar para irmos à audiência pública, ou alguma atividade externa (ENTREVISTADO VI).

Alguns profissionais alegaram que essa autonomia tem limite quando se deparam com trabalhos em equipe; e outros ressaltaram que são fatores limitantes do trabalho as questões políticas postas pela instituição (PJJ) e a falta de recursos.

Dentro dos limites, eu tenho autonomia. Se eu precisar sair para fazer uma visita, eu falo com a gerente, não fico avisando lá embaixo na Secretaria não porque vira e mexe eles ligam pra saber se estamos trabalhando, cobra horário. E essa época de mudança política é mais complicado (ENTREVISTADO I).

Em termos de Serviço Social eu tenho, mas tem algumas coisas que tem que ser reportadas para supervisão ou para a secretaria; como tenho muitos anos aqui na prefeitura, já tive muito chefe, então tento ser sempre cautelosa (ENTREVISTADO II).

A autonomia profissional do assistente social, como assinalado no Capítulo III é sempre relativa, uma vez que para a realização do seu trabalho profissional depende de um contrato de trabalho, e sendo um trabalhador assalariado seu exercício profissional é tensionado pela autonomia que possui e sua condição de assalariado (IAMAMOTO, 2006). Devido a este contexto, o trabalho do profissional é sempre perpassado por processos de correlação de forças, por pressões políticas e por negociações que vislumbram a realização de um trabalho de qualidade.

Ao mesmo tempo um profissional ressaltou que considera que possui autonomia demais, afirmando que

Eu tenho sim. A Secretaria não tem comando, não tem nada que me prenda. Enquanto supervisora a gente tem muitos problemas, mas enquanto assistente social não. Eu me sinto um pouco largada. Eu não acho que a secretaria de saúde me dá autonomia, eu acho que ela me larga é pra lá. Isso me incomoda porque eu vou pra onde eu acho que devo ir (ENTREVISTADO IX).

Nessa fala é percebido outro pólo dessa discussão. O profissional ao expor sua visão está na verdade remetendo a uma falta de projeto, planejamento e monitoramento do trabalho dos assistentes sociais pelos órgãos gestores, e também a uma falta de direção do trabalho profissional para a área da saúde na Instituição.

Conforme narrado, esse fato acaba imprimindo um direcionamento às ações profissionais que são balizadas pelos parâmetros que o próprio assistente social possui, como expresso na frase *“eu vou para onde eu acho que devo ir”*; mas até nestas situações, o profissional deve ter clareza de que ele é contratado por uma Instituição que regula suas ações (de forma política, burocrática), e assim, mesmo não fixando um direcionamento, coloca limites ao seu trabalho.

Para aprofundar a discussão sobre a autonomia, indaguei aos entrevistados sobre as determinações que são colocadas pela Secretaria de Saúde aos assistentes sociais. Nas falas, houve uma diferenciação relacionada às diferentes inserções dos profissionais nas UBS's. Os profissionais inseridos em UBS's com PSF e Tradicional referiram que as determinações postas pela Secretaria de saúde são centradas no médico e enfermeiro e, que o excesso de determinações impede de avançar nas atividades que realizam, e este fato reflete no trabalho em equipe. Isto ocorre, pois de acordo com Franco (2006) nenhum trabalhador sozinho pode dizer que consegue ter uma resolutividade satisfatória, a partir da realização de um projeto terapêutico que seja centrado nas necessidades dos usuários.

Chegam de cima pra baixo, não questionam a realidade local. Tudo é centrado no médico e enfermeiro, e mais centrado ainda na consulta do médico (ENTREVISTADO IV).

Tem muita coisa que é imposta. Coisas burocráticas que nós somos responsáveis e tem que fazer (ENTREVISTADO V).

Os assistentes sociais inseridos em UBS's com PSF e RESF narraram a existência de uma centralidade no cumprimento dos programas determinados pelo Ministério da Saúde, e

um profissional ressaltou que às vezes essa cobrança junto as UBS's com RESF é menor pelo fato dos gestores considerarem que estas Unidades são vinculadas à Universidade.

Tem aquilo que vem via ministério para o PSF. Mas existe uma cobrança da equipe de identificar coisas que são da realidade local, como aqui é o caso da violência. Enquanto para o Serviço Social não existe determinações diretas ou cobranças. Depende também da política de cada prefeito e vamos montando as estratégias de acordo com as determinações. Existe uma fiscalização grande, mas como somos de residência, sentimos menos, porque eles acham que somos da universidade (ENTREVISTADO VII).

Pra trabalho não existe. Determinações deles é centrada nos recursos humanos, o negócio deles é determinar a assinatura do ponto e o dia pra assinar (ENTREVISTADO IX).

Em relação as respostas apresentadas, nota-se que todos assistentes sociais se referiram ao excesso de burocracia e controle dos recursos humanos: através da assinatura do ponto, da exigência do cumprimento da produção, assim como uma fiscalização do próprio trabalho.

Franco (2006) considera que a rede básica no SUS é centrada em um número excessivo de normatizações, como pode ser visto no PSF que opera a partir de ações programáticas, e determina o atendimento em horários específicos para certo “grupo” de usuários, além de fichas e senhas, o que o autor aponta que aprisiona o trabalho vivo.

Como foi visto, esse aprisionamento ocorre também através de formas de controle do trabalho, o qual impede que os profissionais possam exercer sua atividade de forma criativa, e planejada a partir da realidade local e das necessidades em saúde dos usuários (e não por meio de um formato prévio ou padronizado).

Outro fato exposto pelos sujeitos da pesquisa é a não existência de determinações específicas para o trabalho do assistente social. Analiso que esse fato pode ocorrer devido os assistentes sociais não comporem a equipe mínima do PSF, e assim, não existirem atribuições normatizadas para o Serviço Social. Porém, isto não quer dizer que os profissionais não necessitem de orientações acerca das ações a serem desenvolvidas.

O que pretendo destacar é que embora a autonomia do assistente social seja relativa, é ela que lhe permite direcionar seu trabalho socialmente, apesar dos organismos empregadores interferirem nos resultados dos trabalhos, uma vez que eles determinam e normatizam as atribuições e competências específicas, definem as relações e condições de trabalho; e oferecem ainda todo suporte no que se refere a recursos materiais, financeiros, humanos e técnicos. “Portanto, articulam um conjunto de condições que informam o processamento da

ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados (IAMAMOTO, 2006, p. 182).

4.3.4 Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento do trabalho profissional

Com referência às facilidades para a realização do trabalho profissional, os assistentes sociais destacaram questões como: vínculo com os usuários, reconhecimento profissional, a articulação com a equipe, experiência profissional; atrelamento do SUS/PSF com a profissão e o conceito ampliado de saúde.

Eu acho que uma das facilidades é nós termos o SUS e o PSF que tem toda uma filosofia que afina muito com a formação profissional do Serviço Social, muito voltada para a participação da comunidade, e para a saúde enquanto direito. E também pela própria definição de saúde, o conceito ampliado de saúde, que acaba que as condições de vida, as condições de saúde, a qualidade de vida que a pessoa tem vai influenciar diretamente no adoecer ou na saúde mesmo. A outra é como a gente trabalha com a saúde da família, uma das premissas é a questão da relação, do trabalho em equipe, que é o que o Serviço Social também já tem toda uma formação voltada para trabalhar com outros profissionais. E a questão dos vínculos que é muito firme de ser estabelecido pelo Serviço Social, que já tem também esse contato para o ouvir, para escutar, para o outro participar, então isso faz com que o vínculo seja muito facilitado (ENTREVISTADO VII).

A fala exposta traz um posicionamento passível de ser analisado no que se refere à formação profissional do assistente social. Esta tem como eixos, dentre outros, a capacitação teórico-metodológica e ético-política para o exercício de atividades técnico-operativas; a apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade; a identificação das demandas presentes na sociedade, objetivando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social; a presença da interdisciplinaridade; a compreensão da ética como princípio que perpassa toda a formação profissional; e a orientação da população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos (BRASIL, 1999).

Perante o exposto, entendo que as principais facilidades abordadas pelos entrevistados realmente condizem com a formação do Serviço Social que prioriza elementos como o vínculo com os usuários, a articulação com a equipe e a qualidade dos serviços prestados.

Em relação às dificuldades para a realização do trabalho, os profissionais tiveram respostas variadas: seletividade e focalização dos programas e das políticas; incompreensão do papel do Serviço Social; trabalho em equipe; sobrecarga de trabalho devido extensão da

área de cobertura da UBS; imediatismo da demanda; falta de espaço físico, desenvolvimento de duas funções.

Isso que eu já falei de que no Serviço Social há um imediatismo nas coisas. As pessoas chegam aqui naquele negócio do imediato, querendo a resposta na hora, daquele jeito assistencialista que a gente não está querendo fazer. As pessoas vêm no Serviço Social para pedir cesta básica, botijão de gás, falar da briga com o marido e que não tem para onde ir. Lógico que a gente vai tomar as providências, mas vai buscar ir para um outro lado, porque não é para isso que a gente está aqui. Eles procuram tudo aqui na unidade. Se os outros profissionais não resolverem, eles falam “vou procurar a assistente social e ver o que ela pode arrumar para mim” (ENTREVISTADO IV).

Uma dificuldade é a incompreensão dos profissionais, e até dos próprios usuários sobre o papel do Serviço Social dentro da equipe de saúde, do PSF, e muitas vezes algumas solicitações que não tem muito a ver com a nossa ação são feitas, tanto por um quanto por outro. Outra, enquanto Serviço Social é a dificuldade da gente ter uma rede que responda aos encaminhamentos, aos problemas sociais que a gente acaba atendendo, então é a dificuldade de estar encaminhando para alguns serviços (ENTREVISTADO VII).

Recursos materiais, sociais, interdisciplinaridade, integração das políticas, integração entre as políticas. Tem usuário que chega pra gente que ta demandando emprego, às vezes eu tenho pra onde encaminhar, mas ele não tem qualificação. Os usuários têm baixa escolaridade (ENTREVISTADO IX).

A questão da seletividade das políticas colocada pelos sujeitos da pesquisa chama atenção, pois o assistente social lida diretamente com a possibilidade de acesso dos usuários aos serviços sociais disponibilizados pelas políticas. Quanto mais estas se encontrarem seletivas e focalizadas (e esta é uma proposta do Estado neoliberal), maiores dificuldades o profissional terá para que os usuários tenham acesso a estes serviços e que os resultados de suas ações sejam visualizados.

Outro problema trazido por este contexto é que os usuários com a dificuldade de acesso às políticas vêm no assistente social a possibilidade de “conseguir alguma ajuda”, o que acaba tornando- os mendicantes institucionais, e isto contribui para a perda da perspectiva do espaço público como lócus de efetivação de direitos (CASTRO, 2008).

Passa por mim mais de 20 usuários por dia, e eu não tenho dificuldades em divulgar o direito. Tenho limitações é pra ele alcançar (ENTREVISTADO IX).

Os programas destinados à APS também são focalizados em grupos específicos. Como suporte a esta afirmação, concordo com Ceccim e Ferla (2006) ao avaliarem que os sistemas municipais de saúde devem assegurar a ampliação e a qualificação da atenção básica através do acesso de todas as faixas etárias e segmentos sociais, e sinalizar para uma organização do serviço que esteja voltada para a inclusão do conjunto da população e não somente em grupos programáticos.

A partir deste estudo realizado com aporte dos especialistas citados e da análise dos depoimentos dos profissionais sujeitos da pesquisa apresento, a seguir, algumas considerações a título de contribuição para a análise da atuação dos assistentes sociais na APS em Juiz de Fora-MG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso deste trabalho procurei situar a saúde como uma política social⁶⁶ inserida no processo de desenvolvimento do capital, nas formas de acumulação de riquezas, no movimento das forças sociais e no processo de intervenção do Estado.

Franco & Merhy (2003) destacam que as políticas de saúde têm sido ao longo da história servas dóceis do capital, onde se verifica uma racionalidade ditada pelo capitalismo que orienta as atitudes governamentais e assim, perfilam os modelos tecnoassistenciais para a saúde.

Aliado a esse direcionamento, o trabalho em saúde foi retratado como uma subtotalidade social, que interage com o todo social, e é resultante da dinâmica da macro estrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador (SCHRAIBER & MACHADO, 1997).

Para que não houvesse uma redução da discussão do trabalho em saúde a uma única dimensão, foi incorporado ao estudo, o debate do Cuidado em saúde. Considero que incorporar a dimensão cuidadora ao trabalho dos profissionais de saúde é optar por uma abordagem ampliada e qualificada do problema de saúde e de suas determinações, pois possibilita a abertura de canais de escuta e comunicação propiciando a democratização das informações, a efetivação da educação em saúde e dos princípios do SUS, e a busca pelo fim da supremacia de uma profissão sobre a outra (CASTRO, 2007).

O alicerce utilizado para as análises postas neste estudo foi o materialista e dialético por entender que este articula a dimensão objetiva e subjetiva dos processos de trabalho, ou seja, as condições materiais e objetivas do trabalho aliada as dimensões subjetivas dos trabalhadores, visto que o trabalho é fruto dos sujeitos que o realizam (PEREIRA, 2007).

Os assistentes sociais, inseridos no processo de trabalho em saúde, atuam sobre as manifestações da questão social que interferem no processo saúde-doença, desenvolvendo

⁶⁶ A política social está inserida no movimento do capital e dos movimentos sociais concretos. As conjunturas econômicas e os movimentos políticos irão delinear a atuação do Estado, e sua intervenção perpassará pelos distintos campos da política social (saúde, educação, habitação, serviços sociais, informação, defesa do consumidor). A política social deve ser entendida dentro do contexto da estrutura capitalista e do movimento histórico das transformações sociais (FALEIROS, 1980).

ações de educação em saúde, socialização de informações, promoção e prevenção, controle social, acesso a direitos e bens e serviços etc.

Na realidade da inserção do assistente social na APS em Juiz de Fora foi constatado que os profissionais possuem vínculo de trabalho efetivo, realizando uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais e possuem em média, 29 anos de formados, e de inserção na APS, 20 anos.

Os assistentes sociais na APS em Juiz de Fora têm desenvolvido seu trabalho a partir do conceito ampliado de saúde, compreendendo a saúde não só como ausência de doença, mas como condicionada por fatores biopsicossociais e atrelada as condições de vida da população e ao acesso desta à bens e serviços. As falas expostas pelos profissionais ao longo da pesquisa condizem com estes elementos, como também com concepções e ideais que norteiam a profissão em seu Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão.

A organização do trabalho do Serviço Social, como demonstrado, é centralizada na demanda espontânea o que se constitui em uma dificuldade para se pensar em mecanismos de potencialização do projeto ético-político profissional, principalmente via organização de coletivos. Esse processo não contribui para a formação de sujeitos históricos com condições de intervir nos rumos da sociedade de forma que seus interesses e necessidades sejam atendidos e respondidos.

Destaco que os sujeitos da pesquisa tem sido agente de seu trabalho, pois possuem uma relativa autonomia para organização e priorização das ações que desenvolvem. Os entraves demonstrados são referentes ao trabalho em equipe, uma vez que o assistente social desenvolve seu trabalho articulado com os outros trabalhadores ao ter como norte para sua ação o conceito ampliado de saúde e os pressupostos do projeto ético-político; e a administração pública-municipal que realiza um controle burocrático do trabalho, aliado a falta de recursos e a própria seletividade das políticas sociais.

É visível que essas dimensões mais amplas, congregadas a própria diversidade no setor público (que é o maior empregador na área da saúde), como: infra-estrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva e subvalorização, repercutem diretamente na realização do trabalho em saúde (SANTOS- FILHO, 2007). Essa colocação é relevante, devendo ser utilizada como referência de análise, para que os trabalhadores em momentos de desestabilização na realização do trabalho em saúde, não sejam culpabilizados por fracassos e desinteresses, como se aqueles fossem causados por uma impotência individual (PEREIRA, 2007).

O processo de atualização dos profissionais é deficitário, visto que uma minoria realiza leituras, participa de encontros e congressos. Aponto a necessidade dos profissionais estarem se capacitando para o desempenho de uma ação atualizada e de qualidade, pois a busca pela qualificação tem correspondência direta com o desenvolvimento da capacidade de decifrar a realidade e, sobretudo, de buscar estratégias de ação que coadunem com o projeto ético-político profissional.

Outra questão relevante que está associada à carência de atualização se refere a não utilização de referências teóricas para o embasamento do trabalho, o que pode gerar a execução de ações distanciadas de reflexão. Esse dado é importante, principalmente porque os profissionais indicaram como referências ao trabalho os protocolos de atendimento e textos relacionados aos espaços de inserção demandados pela política de saúde. Considero que o referencial teórico é a base para processarmos a política de saúde, e para que não sejamos meros executores do que ela propõe.

Para se pensar os objetivos do trabalho, os profissionais devem localizar primeiramente o objeto do seu trabalho. Nesse ponto, foi observado que os assistentes sociais tiveram dificuldade de vinculação do seu trabalho com as manifestações da questão social. Essa “dificuldade” pode estar atrelada ao enfrentamento dos direitos de forma fragmentada e individualizada por parte do Estado e sua política neoliberal, que excluem a maioria do acesso aos benefícios e rompem com as garantias constitucionais e legais, o que leva a uma discussão individual em detrimento de uma discussão coletiva.

Em que pese à dificuldade em associar o objeto de seu trabalho com as manifestações da questão social, os assistentes sociais afirmaram que os objetivos do trabalho no âmbito da APS em Juiz de Fora são: socialização de informações, garantia de direitos, coletivização de demandas, busca pelo acesso e qualidade dos serviços. Esses direcionamentos demonstram que apesar da dificuldade de localização do objeto de trabalho, os assistentes sociais têm desenvolvido suas ações pautadas na lógica do direito e não do favor, tendo como orientação os princípios do SUS, e o reforço da cidadania.

Para que seus objetivos se efetivem, os profissionais têm utilizado como principais instrumentos: a linguagem, as entrevistas, o trabalho com grupos, a visita domiciliar e a documentação. Apesar de ser observada uma centralidade na utilização de instrumentos de cunho individual, o trabalho com grupos foi visto como um diferencial do trabalho do assistente social. Esse instrumento é essencial para a troca de experiências e vivências, para a compreensão do problema de saúde e suas determinações a partir do cotidiano dos usuários.

A linguagem também foi percebida como um diferencial já que através e por meio dela, o profissional estabelece uma relação democrática com o sujeito de sua ação.

Os profissionais possuem uma vinculação expressiva com os usuários, que se estabelece através do compartilhamento de decisões, verificação da compreensão das informações dadas; certificação das condições socioeconômicas que os usuários possuem para seguir orientações fornecidas; como também na liberdade que os usuários têm para expressar suas necessidades. O eixo do seu trabalho é a busca pela qualidade no atendimento, democratização das informações e desenvolvimento do acolhimento.

Uma questão que ressaltou diz respeito ao conhecimento que os assistentes sociais possuem dos usuários e das famílias da área de abrangência em que atuam. Foi identificado que os assistentes sociais, em sua maioria, possuem conhecimento somente daqueles usuários e famílias que mais freqüentam à UBS. Esse dado é relevante, pois o conhecimento sobre a diversidade e a dinâmica de grupos familiares é condição primordial para a execução de políticas sociais, pois as famílias são instituições que atuam na redistribuição de recursos entre seus membros, e conseqüentemente, toda política social tem impactos sobre os diversos membros da família, sejam ou não beneficiários diretos (CASTRO, 2008; FONSECA, 2002).

Explicita-se ainda, que o tema das famílias e políticas sociais possui um relevante significado na atualidade, uma vez que as políticas têm incorporado as famílias na sua configuração, como se pode ver no caso da saúde com o Programa Saúde da Família (CASTRO, 2008). Mais ainda, quando se trata da relevância de tal discussão para o Serviço Social, pois conforme Miotto (2004) os processos de atenção às famílias sempre fizeram parte da história da profissão.

Contudo, deve-se ficar atento se a incorporação da família às políticas tem significado concomitantemente, o direito à proteção social por meio de políticas públicas para que a família desempenhe as funções que lhe são postas.

É importante observar a validade dessa perspectiva, pois de acordo com Vasconcelos (1999), hoje a discussão da proteção social destinada às famílias é realizada tendo como foco a fragmentação da necessidade: saúde, educação, assistência, habitação; fazendo com que os direitos tornam-se individualizados (da criança, do idoso, do negro), o que dificulta uma ação efetiva sobre a família, em seu conjunto.

Trago para discussão uma reflexão de Vasconcelos (1999, p.7):

Assim, no pré- natal (...) se preocupa essencialmente, com a gestante, como se toda a família não estivesse, de alguma forma, também grávida. Não se pensa na preparação dos outros familiares para o nascimento que ocorrerá.

De forma semelhante, uma criança vivendo problemas familiares graves é abordada, ao mesmo tempo, mas de forma segmentada, pela professora e pela psicóloga da escola preocupadas com o fracasso no aprendizado, pelo juizado de menores devido aos seus pequenos delitos e, ainda, por diferentes setores do sistema de saúde em razão das várias patologias recorrentes.

A passagem acima lança o questionamento sobre a forma com as políticas estão sendo implementadas, já que a organização dos serviços aponta muito mais para um enfoque em função dos indivíduos, do que para as famílias. O Estado deve pensar em políticas públicas de caráter universalistas, que assegurem proteção social e que reconheça a família como sujeito de direitos (CASTRO, 2008).

Nas entrevistas e visitas domiciliares, os profissionais procuram realizar uma abordagem junto aos usuários que abranja as suas condições de vida e de inserção na sociedade, para que a partir dessa análise possam realizar orientações e encaminhamentos para inserção em programas e benefícios sociais, inclusão na rede sócio-assistencial, acesso a políticas sociais e aos direitos em geral.

Em referência à documentação foi verificado que os assistentes sociais possuem dificuldades na documentação do seu trabalho. Uma minoria possui uma sistematização escrita das ações que realiza, o que se constitui em um problema para os assistentes sociais avaliarem o trabalho que desenvolvem, como também para realizarem priorização de ações que atendam as reais necessidades dos usuários.

Em relação aos resultados do trabalho, o estudo apresentado demonstrou que os assistentes sociais têm dificuldades para percepção destes, porém conseguem visualizar alguns resultados relacionados à aquisição de benefícios e inserção em programas sociais. Essa dificuldade pode estar atrelada a forma de organização parcelar do processo de trabalho em saúde que faz com que o profissional não consiga localizar as contribuições de seu trabalho. Pode estar atrelada também a seletividade das políticas sociais e dos programas a elas vinculados que faz com que haja uma limitação para o acesso dos usuários a estes.

Apesar dessa limitação, os profissionais enxergam o significado de sua ação profissional como um elemento propulsor da conquista da cidadania e de defesa e promoção dos direitos, e têm compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população, que por sua vez, são princípios fundamentais do CEP.

Uma importante reflexão a ser retomada (apresentada no Capítulo II) é a realizada por Campos (1997). O autor disserta que o grau de alienação dos trabalhadores no que se refere à objetivos, objeto e meios de trabalho na saúde estão vinculados a conjuntura e atuação dos sujeitos sociais.

Essa colocação deve ser observada, pois conforme Iamamoto (2006) estamos vivendo um período de regressão e destituição de direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores, através do predomínio do mercado e do capital. Através da mistificação própria do capital, a fonte geradora de riqueza – o trabalho - é cada vez mais obscurecido; e o ideário neoliberal difunde a idéia de que o bem-estar social é obrigação dos indivíduos, famílias e comunidades.

Isto pode refletir, em termos de Serviço Social, na perda do foco da dimensão coletiva das desigualdades sociais e da raiz do problema: a sociedade de classes; como também trazer dificuldades de compreensão às condições postas ao assistente social por ser um de trabalhador assalariado (IAMAMOTO, 2006).

A grande maioria dos assistentes sociais está inserida em trabalhos com outras categorias profissionais, porém estes ainda não são interdisciplinares. Silva Junior e Mascarenhas (2004) ressaltam que isto ocorre devido à complexidade da articulação entre os diferentes processos de trabalho, e a necessidade de superação da fragmentação dos saberes e da organização dos serviços baseado no Cuidado e em práticas que ampliem o acesso dos usuários e humanize o atendimento. Nesse momento, a interdisciplinaridade se torna essencial, pois contribui para a construção de novos saberes apropriados às necessidades de saúde.

Os trabalhos em equipe e interdisciplinares são essenciais para o desenvolvimento do Cuidado em Saúde uma vez que a fragmentação das práticas profissionais constitui um obstáculo para o desempenho de ações que visem à integralidade e a visão do usuário em sua totalidade.

O grande diferencial identificado neste estudo se refere ao trabalho realizado pelos assistentes sociais nas UBS's com RESF. Esse diferencial ocorre no âmbito da organização do trabalho profissional e da capacidade de reflexão dos profissionais sobre as ações que desenvolvem. Considero que esse diferencial está atrelado aos pressupostos da RESF, a possibilidade de articulação com a Universidade, como também em termos do cotidiano de trabalho, dos profissionais contarem com os assistentes sociais residentes, o que possibilita uma maior abrangência do trabalho do assistente social.

Uma afirmativa realizada por um entrevistado me chamou a atenção e creio que, neste espaço dedicado a “fechar” o estudo, merece ser destacada. A fala se refere ao que na atualidade, chamamos de assistencialização da Seguridade Social, isto é, a redução da seguridade à assistência social.

Alguns anos atrás quando era encaminhado algum programa da secretaria, o Serviço Social estava sempre a frente. Hoje tenho que correr atrás para não ficar de fora, pra não perder meu espaço. Quando eles colocam assistente social na PJJ eles estão indo para a AMAC, para a assistência social, e não estão sendo inseridos nas UBS's. Nós que implantamos o PSF em Juiz de Fora, junto com a enfermagem. Eu já estava na APS quando o PSF começou. Eu não admito que ninguém venha falar que não sou importante, somos e muito (ENTREVISTADO VI).

Mota (2007) aponta que na contemporaneidade, enquanto ocorre a mercantilização da saúde e da previdência, e a precarização do acesso aos benefícios e serviços, a assistência social é ampliada, se tornando em um novo fetiche ao enfrentamento da desigualdade social. Esta ampliação é amparada em um discurso que exalta o crescimento da pobreza e exprime a necessidade de serviços privados, além de compreender a assistência social como política voltada para a vulnerabilidade e o risco social.

Rodrigues (2007) traz à reflexão o exemplo da cidade do Rio de Janeiro onde a autora considera que, aliado a esta compreensão, o Serviço Social também vem sofrendo um processo de assistencialização, através da redução do trabalho profissional ao atendimento de emergências sociais. A autora (2007, p.120) expõe que “tal alteração corresponde à passagem de uma intervenção profissional que tem por objeto as diversas expressões da questão social para um Serviço Social que atua na exclusão social”.

Essas colocações são indicativas de que devemos ser cautelosos com essa discussão, pensando no compromisso que temos com a defesa da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e com a proteção social destinada aos nossos usuários; além do compromisso com o projeto ético-político profissional que prima pelos direitos conquistados e pela cidadania.

Postular a exclusão social – uma categoria que, ao obscurecer a condição estrutural de exploração do trabalho, não permite entender a gênese do conjunto de desigualdades engendradas pelo sistema capitalista – como objeto da seguridade social, das políticas sociais públicas ou do Serviço Social corre o risco de induzir a luta pela justiça social, pela cidadania e contra as desigualdades sociais a revigorar a mística da humanização do capital – um caminho de retorno ao passado da profissão (RODRIGUES, 2007, p. 121).

A partir da totalidade das considerações expostas, avalio que o trabalho dos assistentes sociais na saúde, situa-se no campo do trabalho vivo, operando principalmente com tecnologias leves. Os profissionais carregam consigo as potencialidades do trabalho vivo, já

que possuem uma relação direta com o objeto de trabalho, momento em que estabelece sua capacidade criadora, pautada em finalidades, e em certo grau de autonomia.

Os argumentos e ponderações tecidas pelos profissionais durante o estudo são indicativos de que o assistente social na APS em Juiz de Fora tem produzido seu trabalho em uma perspectiva cuidadora através de uma relação com o usuário pautada no vínculo, respeito, escuta, diálogo, responsabilização e a análise da realidade social em que vive o usuário.

Destaco que devemos considerar também que o Serviço Social, se encontra inserido no processo de reprodução da força de trabalho, pois de acordo com Franco & Merhy (2003, p. 67 *apud* Donnangelo, 1976), as práticas de saúde obedecem a uma lógica determinada pelos interesses do capital voltada para a reprodução da força de trabalho, uma vez que o corpo do trabalhador é insumo para produção de mercadorias e serviços.

Cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo (...). A força de trabalho expressa através do corpo sadio é recurso fundamental à produção e à acumulação de capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados á necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica (DONNANGELO, 1976, p. 25-26 *apud* FRANCO & MERHY, 2003, p. 67-68).

Constato assim, que o trabalho do assistente social na APS contribui para a reprodução do sistema capitalista, ao possibilitar condições para a reprodução da classe trabalhadora. Apesar desse fato, não posso deixar de considerar as potencialidades que o trabalho do assistente social possui, ao direcionar sua ação para o favorecimento dos usuários na utilização de serviços de saúde como um direito social, e para interferência de forma qualificada nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Para efetivar tais potencialidades, torna-se imperativo que os profissionais de Serviço Social demarquem em suas ações o compromisso com a classe trabalhadora, busquem permanentemente uma qualificação teórica e técnica, que lhe dê suporte para uma análise crítica da realidade e das demandas postas pelos usuários. Principalmente porque vive-se uma conjuntura nacional de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, manipulação dos espaços de controle social e minimização dos direitos garantidos na Constituição de 1988.

Para desenvolver ações qualificadas, o assistente social necessita ter clareza da importância do seu trabalho na sociedade, como também dos reflexos deste sob os usuários de

seus serviços, na medida em que são estes os receptores de suas ações, e os sujeitos na interseção com o assistente social na realização do trabalho em saúde.

A relevância dessa exposição é devido a consideração de que o trabalhador deve compreender seu trabalho como um momento de transformação humana, intelectual e cultural, essencial para a vida em sociedade. O que ocorre é que na sociedade capitalista, por ser compulsório e cansativo, o trabalho acaba sendo tomado como algo externo à vida humana.

As dificuldades apresentadas pelos assistentes sociais, só poderão ser superadas se os profissionais se mobilizarem conjuntamente para a divulgação da importância de suas ações, e se tiverem sempre como norte a realização de um exercício profissional qualificado e competente que dê respostas condizentes com as demandas socialmente determinadas.

Portanto, considero de extrema relevância que os assistentes sociais inseridos na APS (e em qualquer espaço sócio-ocupacional) possam construir um projeto unificado para suporte ao exercício profissional, que demarque os campos de atuação, espaços e projetos de intervenção e as possibilidades de ação.

Deslandes (2007) aponta como estratégias de enfrentamento dessas situações postas, entre outras, o estabelecimento de fóruns de debate e a formação continuada do trabalhador de saúde, a partir da discussão da centralidade nas necessidades e realidade dos usuários; outra estratégia seria o fortalecimento do coletivo dos trabalhadores a partir de compromissos centrados no respeito ao outro, na valorização da vida, e de lutas por condições adequadas de trabalho.

Destaco que a realização deste estudo foi de extrema relevância para meu amadurecimento intelectual e profissional, através da possibilidade de mergulhar no arcabouço teórico oferecido pelos autores relacionados na bibliografia e iniciar, assim, uma aproximação mais apurada com a temática do trabalho e sua interface com o Serviço Social.

Este trabalho oportunizou rever minha formação acadêmica, realinhar conceitos, aprender com os depoimentos dos sujeitos da pesquisa e, sobretudo, compreender a importância do trabalho do profissional de Serviço Social no trabalho em saúde, que ao fim tem sua ação voltada para melhorar as condições de vida dos usuários, respaldada na lógica dos direitos e da cidadania.

Finalizando recupero as considerações de Netto (2003) que expressa que apesar de um contexto adverso, principalmente propiciado pelo projeto neoliberal, almeja-se um SUS operativo e de qualidade para a população. Porém, é preciso ter clareza de que o horizonte dessa conquista não irá resolver os problemas que envolvem as condições de vida e trabalho

da população, o que não quer dizer que esse fato, deva inibir nossa luta por uma assistência de qualidade e pelo acesso universal aos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, J. L. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte: n 1, ano 1, p.19-25, jan - jun, 2002.

ALVES, D. S; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, p. 221 -240, 2004.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. 1 reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

AMORIM, A. C; CAVALCANTE, G. M; LINS, M. A. A inserção dos assistentes sociais em instituições de saúde. In: PRÉDES, R (org). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas**. Maceió: UFAL, 2007, p. 29 - 46.

ANDRADE, L. O; BUENO, I. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.783- 836.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8 ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

_____. (org). **A dialética do trabalho** – Escritos de Marx e Engels. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7 reimpressão. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005b.

ASSIS, M. Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. **Estudos em Saúde Coletiva**. n 169. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, p. 3-30, 1998.

AYRES, J. R. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade: Integralidade, Humanização e Cuidado em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública, v 13, n 3 (setembro – dezembro), p. 16 – 29, 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 6, n 1, p.63-72, 2001.

BARRA, A. O; NASCIMENTO, S; BONORA, W. G. **Saúde Pública: uma análise da prática dos assistentes sociais na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social/ UFJF. Juiz de Fora, 1990.

BARROS de BARROS, M. E; MORI, M. E; BASTOS, S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo “Programa de formação em saúde e trabalho/PFST”. In: SANTOS - FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de saúde** – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 100-121.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social** – fundamentos e história. 2 ed. São Paulo: Cortez, Biblioteca Básica do Serviço Social, v 2, 2007.

BIHR, A. **Da grande noite à alternativa**. O movimento operário europeu em crise. São Paulo: Boitempo, 1998, p.143-181.

BONALDI, C et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R; BARROS de BARROS, M. E; MATTOS, R (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 51-72.

BOUSQUAT, A; COHN, A; ELIAS, P. E. O PSF e a dinâmica urbana das grandes cidades. In: VIANA, A. L. D; ELIAS, P. E; IBÁÑEZ, N (orgs). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 2005, p. 244-265.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n 218 de 06 de março de 1997**. Reconhece os profissionais de saúde de nível superior. 1997.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Juiz de Fora**. Disponível: www.ibge.gov.br. Acesso em 7 de janeiro de 2008.

_____. **Mais Saúde**: Municípios já podem organizar o NASF para atender a população. Brasília, 2008. Disponível em: www.saude.ms.gov.br. acesso em janeiro de 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Mais saúde – Municipalização com qualidade. Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de saúde (PACS). In: **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: 2001, p.193-199.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Lei Orgânica da Saúde n 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. 1996.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-47.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n 78. São Paulo: Cortez, p. 49-68, 2004.

BRUM, J. E. **Novos rumos na política de Juiz de Fora**. UFJF. 17 de junho de 2008. Disponível em: www.extra.ufjf.br/atualiza/index.php?option=com_content&task=view&id=1449&Itemid=2 Acesso em 9 janeiro de 2009.

BUSS, P. **Determinantes sociais da saúde**. Aula do curso básico de Saúde Pública. ENSP, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. acesso em 23 de janeiro de 2009.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C (orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003, p. 15- 38.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997, p.229- 266.

CASTRO, M. M. C. **O Serviço Social e o cuidado em saúde**: uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais do Hospital Universitário/UFJF. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2006.

_____. Políticas sociais e Famílias. **Revista Libertas**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF. v 3, n 1. Juiz de Fora, p. 110-127, dez. 2008.

_____. Serviço Social e Cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Revista Libertas**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/UFJF. v 2, n 1, Juiz de Fora, p. 107- 127, dez. 2007.

CASTRO, M. M. C; REIS, R. S; OLIVEIRA, L. M. **A categoria trabalho e a inserção do assistente social no processo de trabalho em saúde**. Faculdade de Serviço Social. Grupo de Pesquisa: Políticas Públicas, Gestão e Cidadania. 2007. mimeo.

CASTRO, M. M. C e TOLEDO, S. N. **O Projeto de Formação Profissional do Serviço Social dos anos 80**: os caminhos da reforma curricular da Faculdade de Serviço Social/UFJF e seus rebatimentos na ação profissional. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social/ UFJF, 2004.

CAVALCANTI, L. F; ZUCCO, L. P. Política de Saúde e Serviço Social. In: REZENDE, I; CAVALCANTI, L (orgs). **Serviço Social e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, p.67- 82.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R (orgs). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113 -126.

_____; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 37- 54.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p. 259 -278.

_____. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p.161-180.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão da rede de práticas cuidadoras por uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165- 184.

CFESS. **Assistentes sociais no Brasil** – elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília, CFESS, 2005.

CORBO, A; MORSINI, M. V; PONTES, A. L. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 27- 41.

CORREIA, M. V. Controle social na saúde. In: MOTA, A et al (orgs). **Serviço Social e Saúde** – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 111 - 138.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Revista Saúde e Sociedade: Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública. v 13, n 3. (setembro – dezembro), p. 5 -15, 2004.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n 62, p 35-71, 2000.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003, p. 39-54.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 385- 395.

DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 105-222.

DESLANDES, S. F; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p. 9-120.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Revista Informação e Saúde.** v 10, n 2, p. 01-12, 2000.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova,** n 24. São Paulo: Marco Zero/ Cedec, p.85-116, set. 1991.

FALEIROS, V. P. As funções da política social no capitalismo. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência social.** São Paulo: Cortez, 1980, p.55-74.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família** – experiência no município de Juiz de Fora/MG. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006. 270f.

FAUSTO, M. C; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43 – 67.

FONSECA, M. T. **Famílias e políticas sociais: subsídios teóricos e metodológicos para a formulação e gestão das políticas com e para famílias.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação João Pinheiro, maio, 2002.

FORTUNA, C et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Revista Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v 26, n 62, p. 272-281, set/dez, 2002.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 161-198.

_____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação da saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 459- 473.

FRANCO, T.; MERHY, E. A produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da demanda: direito à**

saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p.181-193.

_____. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 161- 198.

_____. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde on line. Belo Horizonte/Campinas, março de 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. acesso em: 22/03/2009.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1977.

FREITAS et al. **Serviço Social** – atendimento primário versus atendimento secundário na área da saúde – Juiz de Fora 1982. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social/ UFJF. Juiz de Fora, 1982.

FRIEDRICH, D. B. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2005. 151 f.

GERHARDT, T; RIQUINHO, D; ROTOLI, A. Práticas terapêuticas e apoio social: implicações das dimensões subjetivas dos determinantes sociais no cuidado em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2008, p. 143- 175.

GOMES, R et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe. In: PINHEIRO, R; BARROS de BARROS, M. E; MATTOS, R (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 19-36.

GOMES, R. S.; PINHEIRO. R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R (orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p.105-116.

GONDIM, S. M. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Revista Padéia**. Cadernos de psicologia e Educação. v 12, n 24, p.149-161, 2002.

GRANEMANN, S. Processo de trabalho e Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 02: Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Brasília, CEAD, 1999, p. 153 - 166.

GUERRA, Y. A categoria instrumentalidade do Serviço Social no equacionamento de “pseudos problemas” da/na profissão. **Revista Construindo o Serviço Social**. n 3. Bauru: Instituto de Pesquisas e Estudos/ Divisão Serviço Social, Faculdade de Serviço Social de Bauru, p. 9- 29, 2000a.

_____. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n 62. São Paulo: Cortez, p. 5 – 34, 2000b.

_____. Instrumentalidade no trabalho do Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 03: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 1999, p. 53 - 78.

_____. O projeto profissional crítico estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**. n 91, ano XXVIII – especial. São Paulo: Cortez, p. 5-33, 2007.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 7 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

_____. “Operários de todo mundo, uni-vos!”. In: **Espaços de Esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p. 63 -77.

HEIMANN, L. S; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde o Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T et al (orgs). **Saúde e Democracia** – História e Perspectivas do SUS. 1 reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 481-502.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético - políticas e teórico – metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A et al. **Serviço Social e Saúde** – Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 161 - 166.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 01: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, CEAD, p. 111-128, 1999.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS (org). **Atribuições privativas do (a) assistente social: em questão**. Brasília: CFESS, p.13-50, 2000.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche** – Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. 20 anos do livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: uma leitura retrospectiva*. **Revista Temporalis**. Suplemento. Brasília: ABEPSS, Grafile, p. 89-125, 2002.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12 ed. São Paulo: Cortez, Lima, Peru: CELATS, 1998.

IANNI, O. A questão social. In: **Pensamento social no Brasil**. Bauru, SP: EDUSC, 2004, p.103 – 121.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Prefeito anuncia mudanças na Secretaria de Saúde**. Disponível em: www.pjf.mg.gov.br/noticias/imprimir_noticia.php?idnoticia=15190. Acesso em 9 de janeiro de 2009.

KOSIK, K. A totalidade concreta. In: **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LACERDA, A; VALLA, V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p. 91-102.

LARA, M. **Bejani renuncia e vice assume: ex- primeira dama e o irmão de Roberto Jefferson são demitidos do cargo**. Disponível em: www.otempo.com.br. Acesso em: 02 de novembro de 2008.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado. In: LAURELL, A. C. (org). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.151 -178.

LEFEBVRE, H. A noção de totalidade nas ciências sociais. In: **Materialismo Dialético e Sociologia**. Lisboa: Editorial Presença, 1970.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO; C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v 6, n 2, p. 269-291, 2001.

LOUZADA, A. P; BONALDI, C; BARROS de BARROS, M. E. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R; BARROS de BARROS, M. E; MATTOS, R (orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 37-52.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p. 09 -20.

MACHADO, M. L. S. **Programa de Saúde da Família: o desafio de uma década na reorganização da atenção primária**. Prefeitura de Juiz de Fora. Departamento de Atenção Básica. Unidade Básica de Saúde do Progresso. Juiz de Fora, 2006.

MACHADO, M. M. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al (org). **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 257-281.

MADEIRA, L et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 185- 198.

MAGALHÃES, P. **Prefeito admite que tratamento no HPS está péssimo e faz mudanças na Secretaria de Saúde.** ACESSA. com. Juiz de Fora, 03 de outubro de 2007. Disponível em: www.jfservice.com.br/cidade/arquivo/jfhoje/2007/10/03-hps/. Acesso em: 09 de janeiro de 2009.

_____. **Prefeito de Juiz de Fora, preso pela Polícia Federal: Operação Pasárgada, da PF, já prendeu prefeitos, advogados, juizes por todo Brasil.** ACESSA. com. Disponível em: www.acesa.com/cidade. Acesso em 01 de novembro de 2008.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. **Serviço Social e Saúde.** n 1. Campinas: UNICAMP, p. 01-11, 2002.

MARX, K. A consciência revolucionária da história. In: **Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844.** Lisboa: Avante, 1994, p.146 -181.

_____. **O Capital** – Crítica da Economia Política. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. v 1. Tradução: Reginaldo Sant’Anna. 18 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. Salário, Preço e Lucro. In: ANTUNES, R (org.). **A dialética do trabalho** – Escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2005, p.71-124.

_____. Trabalho estranhado e propriedade privada. In: **Manuscritos Econômico-Filosóficos.** Tradução, apresentação e notas: J. Ranieri. 1 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MARX, K; ENGELS, F. **O Manifesto Comunista.** Tradução Maria Lúcia Como. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. Coleção leitura.

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 74, p. 85-115, 2003.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado:** as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p.119 -131.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Uma agenda para saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1998.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a, p. 197- 228.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno - assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997 b, p.117 -160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997c, p.71-110.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO, 2005, p.195-206.

_____. O ato de Cuidar: a alma dos serviços de saúde. **VER-SUS Brasil** – Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997d, p.125-141.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002. (Saúde em Debate, 145).

_____. Um dos maiores desafios dos gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E et al (orgs). **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003, p. 15-35.

MERHY, E. E et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo: Editora HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997e, p.113- 150.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo–Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MIOTO, R. C. **A intervenção dos assistentes sociais junto a famílias e a defesa de direitos de crianças e adolescentes: a instrumentalidade do Serviço Social em questão.** X CBAS. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MIOTO, R. C; NOGUEIRA, V. M. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p.272 - 303.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C.; SOUZA, R. G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p. 97-116.

MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista Em Pauta**. n 20. Rio de Janeiro: UERJ, p.127-139, 2007.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 141 - 160.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NICOLAU, M. C. O aprender do fazer (as representações sociais de assistentes sociais sobre o seu saber-fazer profissional): a dimensão educativa do trabalho. **Revista Temporalis**. ano 2, n 4. Brasília: ABEPSS, Graflin, p. 43-74, 2001.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: NEGRI, B (orgs). **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas, UNICAMP, 2002, p. 257- 285.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v 13, n 3, p.44-57, set-dez, 2004.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R. C. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 218 – 241.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública** – limites e potencialidades da experiência contemporânea. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007a.

PAULA, L. G. P. **VAMOS PRECISAR DE TODO MUNDO, UM MAIS UM É SEMPRE MAIS QUE DOIS...”**. Participação Popular e Espaços Institucionalizados no SUS: a Experiência do Conselho Local de Saúde Progresso – Juiz de Fora/MG. Monografia (Especialização em Saúde da Família). UFJF, 2007.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v 1 , n 1, p. 75-91, 2002.

PEREIRA, I. B. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 145- 164.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA; T. C; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise.** v 2. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2004, p. 51- 70.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 65 -112.

PINHEIRO, R et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p. 11-31.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004, p. 21-36.

PIRES, D. **A reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social; CUT: Annablume, 1998.

PITARELLO, M. **A documentação profissional:** em questão o registro da prática profissional. São Paulo, 2000. mimeo.

_____. **Visita domiciliar.** São Paulo, 1999. mimeo.

PRATES, J. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxista. **Revista Virtual Textos e Contextos.** n 2, p.1-8, PUC/RS, dez. 2003.

PRÉDES, R. Serviço Social e políticas sociais: articulação histórica e necessária para compreender a profissão. In: PRÉDES, R (org). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas.** Maceió: UFAL, 2007, p.15 - 28.

RAICHELIS, R. **Serviço Social no Brasil.** Brasília: CFESS/ Agenda 2006.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental do trabalho do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública.** v 20, n 2, p. 438- 446, mar - abr, 2004.

RODRIGUES, M. Assistencialização da seguridade e do serviço Social no Rio de Janeiro: notas críticas de um retrocesso. **Serviço Social e Sociedade.** n 91. especial. São Paulo Cortez, p. 108-121, 2007.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho em saúde num mundo globalizado? In: SANTOS - FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de Saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 19-59.

SANTANA, J. P. Política municipal de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. **Gestão municipal de saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 219-234.

SANTOS, C M. As dimensões da prática profissional do Serviço Social. **Revista Libertas**. UFJF: Faculdade de Serviço Social. v 2. Juiz de Fora: Editora UFJF, jul/dez, 2003.

_____. **Os instrumentos e técnicas**: mitos e dilemas na formação profissional do assistente social no Brasil. Tese (Doutorado em Serviço Social). UFRJ: Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Escola de Serviço Social, 2006.

SANTOS-FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS - FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de saúde** – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 124- 171.

SANTOS-FILHO, S. B; BARROS de BARROS, M. E. A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. In: SANTOS - FILHO, S; BARROS de BARROS, M. E (orgs). **Trabalhador de saúde** – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007, p. 124- 171.

SÁVTCHEKOV, P. O Trabalho, o Homem e a Sociedade. In: SÁVTCHEKOV, P. **O que é Trabalho?** Tradução: I. Chaláguina. Moscovo: Edições Progresso, 1987, p. 6-38.

SENNA, M. C. M; SOUZA, R. G. A municipalização e os novos desafios à gestão local de saúde. **Em Pauta** – Revista da Faculdade de Serviço social da UERJ. Rio de Janeiro, n 13, p.87-102, jul./dez, 1998.

SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 221-241, 1999.

SCHRAIBER, L. B; MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 281-297.

SILVA JUNIOR, A. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA JUNIOR, A; ALVES, C. A. Modelos tecnoassistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 27- 41.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G.M. Entre Tramas e Redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005, p. 77- 89.

SILVA JUNIOR; A. G. MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção Básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004, p. 241-257.

SILVA, M. L. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 2000, p. 112 – 124.

SILVA, R. A; MORAES, V. F. **Estratégia de Saúde da Família**: inversão do modelo de atenção à saúde? Um olhar sobre a compreensão dos usuários. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social/ UFJF. Juiz de Fora, 2004.

SINDICATO DOS MÉDICOS. **Fax sindical**. Abril de 2007. Disponível em: www.sindmedicos.org.br/expres/2007/abril/SindicatoExpresso054.pdf. Acesso em 9 de janeiro de 2009.

SOARES, L. T. **Saúde para todos em 2005**. Rio de Janeiro, UERJ: Laboratório de Políticas Públicas; Instituto Rosa Luxemburgo, 2005.

STEPHAN - SOUZA, A. I. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. **Revista de Atenção Primária em Saúde**. Juiz de Fora: Núcleo de Assessoria, Curso e Estudos em Saúde da UFJF, ano 2, n 2, p. 10 – 14, mar/jun 1999.

STEPHAN – SOUZA, A. I; MOURÃO, A. A.; AMOROSO LIMA, M. C. A. Residência em Serviço Social: um projeto de formação profissional. **Revista Libertas**. Juiz de Fora, n1, p.53-65, 2001.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. MINAYO, M. C. S. e ASSIS, S. G. (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. n 6, v 2, p. 451-455 (opinião), 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. et al (orgs). **Saúde e Democracia** – História e Perspectivas do SUS. 1 reimpressão. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005, p. 451- 479.

TEIXEIRA, M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I; PEREIRA, P. A. P (orgs). **Política Social e Democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002, p.235-254.

TRAD, L. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S (org). **Humanização dos Cuidados em Saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.185- 203.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. In: **Revista Temporalis**. Rio de Janeiro, n. 4, p. 21-42, 2001.

UMBELINO, M. I. R.; OLIVEIRA, S. R. **Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora: um estudo comparativo das unidades de saúde com Residência e sem residência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2005.

VALLA, V. V. **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

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

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al (orgs). **Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 242 – 272.

_____. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CEAD, 2000, p. 125 – 137.

VASCONCELOS, A. M et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 48-76.

VASCONCELOS, C; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.531-562.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 23, n.53, p-6-19, set/dez, 1999.

VIANA, A. P. D; SIMÕES, M, G; PAIVA, A. P. **A inserção do assistente social no Programa de Saúde da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social/ UFJF. Juiz de Fora, 1998.

VIANA, A. L. D; FAUSTO, M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D; ELIAS, P.E; IBÁÑEZ, N (orgs). **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 2005, p.150-167.

ZOCHE, S. **Carlos Alberto Bejani renuncia e vice-prefeito José Eduardo Araújo assume e já fala em mudanças no secretariado e corte de custos**. Acessa. com. Juiz de Fora, 16 de junho de 2008. Disponível em: www.jfsservice.com.br/cidade/arquivo/jfhoje/2008/06/16-renuncia/. Acesso em: 9 janeiro de 2009.

ZUCCO, L. P; CAVALCANTI, L. F. Elementos para a análise da política de saúde na década de 90: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. **Saúde em Debate**. v 26, n 62, p.282-289, 2002.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 417- 442.

YAZBECK, M. C. O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 02: Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Brasília, CEAD, 1999, p. 87 – 99.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Data: __/__/__

Tempo de Duração: _____

Identificação do profissional

Idade

Cargo

Titulação

Situação Funcional

Tempo de Serviço na UBS e APS

Carga horária de trabalho

Remuneração

Hierarquia

Formas de atualização profissional

Referências Teóricas utilizadas para embasamento do trabalho

Concepção de saúde que orienta o trabalho

Trabalho do assistente social

1) Objeto do trabalho na saúde

2) Objetivo do Trabalho

3) Instrumentos utilizados e trato com os instrumentos

4) Visualização dos resultados gerados pelo trabalho

5) Competências e atribuições desenvolvidas

6) Organização do trabalho: planejamento das atividades, organização da agenda; organização do trabalho em equipe.

7) Autonomia Profissional

8) Facilidades para a realização do trabalho

9) Dificuldades para a realização do trabalho

10) Visão sobre a Política de saúde municipal.

11) Perspectivas para o trabalho profissional

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, _____ anos, residente à Rua _____, RG nº _____, telefone de contato _____, concordo em participar da Pesquisa Intitulada “Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG”, a qual faz parte da pesquisa “A integralidade na atenção primária à saúde no município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo tecno-assistencial na operacionalização do SUS”.

A pesquisa tem por objetivo analisar o trabalho do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. O instrumento de coleta de dados será um formulário contendo questões abertas. As entrevistas direcionadas aos assistentes sociais buscarão captar informações sobre: objeto, objetivos e instrumentos do trabalho do assistente social, às condições e ao processo de trabalho que o assistente social está inserido.

O instrumento de coleta de dados que será utilizado para o desenvolvimento da pesquisa será formulário contendo questões abertas e fechadas que abordarão o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no que tange o vínculo, acolhimento, escuta, educação em saúde, interdisciplinaridade e as formas de cuidado em saúde.

Declaro que o pesquisador me explicou e que compreendi as informações que me foram transmitidas de forma clara, e que todas minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui informado (a) que essa pesquisa poderá ser publicada futuramente, e caso isso ocorra, minha identidade será preservada.

A desistência de participar da pesquisa não implicará em nenhum dano para o entrevistado (a). Caso haja algum dano eventual a este, o pesquisador responsabiliza-se pela indenização junto ao mesmo.

A pesquisa será realizada nas dependências das Unidades Básicas de Saúde selecionadas. As entrevistas serão gravadas, e posteriormente transcritas. Após as transcrições, as fitas serão inutilizadas e o material transcrito será desprezado após a análise dos dados coletados. As despesas referentes à realização da pesquisa ficam a cargo do pesquisador.

Este termo foi elaborado em duas vias: uma destinada ao entrevistado e outra ao pesquisador.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do Pesquisado

Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida entrar em contato:

Pesquisador: Marina Monteiro de Castro e Castro – Professora e mestranda da Faculdade de Serviço Social/UFJF. End: Campus Universitário s/nº. Tel: 2102-3561. Horário de Funcionamento: 08:00 às 17:00 horas.

Orientador: Lêda Maria Leal de Oliveira. Professora da Faculdade de Serviço Social/UFJF. End: Campus Universitário s/nº. Tel: 2102-3561. Horário de Funcionamento: 08:00 às 17:00 horas.

Comitê de Ética e Pesquisa: End: Campus Universitário s/nº. Prédio da Biblioteca Central. Pró-Reitoria de Pesquisa Tel: 2102- 3788. Horário de Funcionamento: 08:00 às 17:00 horas.

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

DECRETO N.º 7267 - de 28 de janeiro de 2002.

Altera dispositivos do Decreto n.º 5773, de 12 de novembro de 1996.

O Prefeito de Juiz de Fora, no uso das atribuições, tendo em vista o disposto no inciso VI do art. 86 da Lei Orgânica do Município,

DECRETA:

Art. 1.º - O art. 5.º do Decreto n.º 5773, de 12 de novembro de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 5.º - ...

§ 1.º - Para atendimento a uma população entre 2.400 (dois mil e quatrocentos) e 4.500 (quatro mil e quinhentos) habitantes, ou de aproximadamente 1.000 (mil) famílias, a equipe mínima de saúde da família deverá ser composta pelos seguintes profissionais, devidamente habilitados ou treinados:

- I - 1 (um) médico especializado em medicina da família;
- II - 1 (um) enfermeiro;
- III - 1 (um) auxiliar de enfermagem; e
- IV - 4 (quatro) a 6 (seis) agentes comunitários de saúde.

§ 2.º - Dependendo da complexidade epidemiológica do território abrangido pelo Programa, a composição da equipe responsável pelo mesmo poderá ser alterada quanto ao número ou qualificação de profissionais, podendo contar com Assistente Social e Equipe de Saúde Bucal, integrada por Cirurgião-Dentista, Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Odontologia.

§ 3.º - Deverá ser observada a proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para duas Equipes de Saúde da Família."

Art. 2.º - O art. 6.º do Decreto n.º 5773, de 12 de novembro de 1996 passa a vigorar acrescido de parágrafo único com a seguinte redação:

"Parágrafo Único - São atribuições da Equipe de Saúde Bucal:

- a) participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- b) identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- c) estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- d) executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- e) organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- f) sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- g) programar e realizar visitas domiciliares;

h) desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal."

Art. 3.º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura de Juiz de Fora, 28 de janeiro de 2002.

a) TARCÍSIO DELGADO - Prefeito de Juiz de Fora.

a) PAULO ROGÉRIO DOS SANTOS - Diretor de Administração e Recursos Humanos.

ANEXO D

ASSISTENTE SOCIAL em Unidades Básicas de Saúde *		
UBS	EQUIPE	PSF/PACS/TRADICIONAL
Alto Grajaú	Apoio	PSF
Bandeirantes	Apoio	PSF
Dom Bosco		Tradicional
Furtado de Menezes	Apoio	PSF
Jardim Natal	Apoio	PSF
Jóquei Clube II	Apoio	PSF
Linhares	Apoio	PSF
Marumbi	Apoio	PSF
Monte Castelo	Apoio	PSF
Nossa Senhora das Graças		Tradicional
Parque Guarani	Preceptora	PSF/Residência
Progresso	Preceptora	PSF/Residência
Santo Antônio	Apoio	PSF
São Benedito	Apoio	PSF
Santa Cruz	Apoio	PSF
Santos Dumont		Tradicional/PACS
Santa Efigênia	Apoio	PSF
Santa Luzia	Apoio	PSF
São Pedro		Tradicional/PACS
Santa Rita	Preceptora	PSF/Residência
São Judas Tadeu	Apoio	PSF
Santa Cecília	Apoio	PSF
Teixeiras	Apoio	PSF
Vila Olavo Costa	Apoio	PSF
Torreões	Apoio	PSF

* De acordo com dados disponibilizados pela SSSA em setembro de 2007

