

**stricto**  
**SENSU**  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**EDLA HOFFMANN**

**A INTEGRALIDADE E O TRABALHO DO  
ASSISTENTE SOCIAL: LIMITES E POSSIBILIDADES  
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PORTO ALEGRE, 2011**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**EDLA HOFFMANN**

**A INTEGRALIDADE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: LIMITES E  
POSSIBILIDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PORTO ALEGRE  
2011**

**EDLA HOFFMANN**

**A INTEGRALIDADE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: LIMITES E  
POSSIBILIDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de DOUTORA EM SERVIÇO SOCIAL.

Orientadora: Professora Doutora Berenice Rojas Couto

**Porto Alegre  
2011**

**H699i**

**Hoffmann, Edla**

A integralidade e o trabalho do assistente social : limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família / Edla Hoffmann. – 2011.

170 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2011.

Orientação: Profª. Drª. Berenice Rojas Porto.

1. Serviço social. 2. Assistentes sociais. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Porto, Berenice Rojas. II. Título.

**CDD: 361.3**

Bibliotecária responsável: Luciana Mota Abrão - CRB 10/2053

**EDLA HOFFMANN**

**A INTEGRALIDADE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL: LIMITES E  
POSSIBILIDADES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**DOUTORA EM SERVIÇO SOCIAL**

E aprovada na sua versão final em 30 de outubro de 2011, atendendo às normas da legislação vigente da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

---

Professora Doutora Jane Cruz Prates  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

**Banca Examinadora:**

---

Professora Doutora Berenice Rojas Couto  
Orientadora, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

---

Professora Doutora Jane Cruz Prates  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

---

Professora Doutora Jussara Maria Rosa Mendes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Professora Doutora Maria Isabel Barros Bellini  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

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

Carlos Drummond de Andrade

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os profissionais assistentes sociais e trabalhadores que atuam na área da saúde e usuários desta política, que constroem no cotidiano a “resistência” e lutam pela Integralidade como valor a ser alcançado.

## **AGRADECIMENTOS**

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

Aos meus queridos pais, Pedro e Martha, por serem exemplos de vida, meu escudo, afago e servirem de incentivo em tudo aquilo que tenho procurado ser. Agradeço pelo apoio e o cuidado desde o início da minha formação, por partilharem cada conquista, momentos de tristeza e alegria com muito carinho e dedicação.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo apoio e carinho. Especialmente ao meu irmão Breno que cuidou de mim nos momentos em que precisei de proteção e um ombro. A minha irmã Érica, que vibra a cada conquista e que sempre torceu e idealizou o melhor para mim.

A minha maninha do coração Taty, que tem um significado muito especial na minha vida, tem compartilhado comigo momentos de tristeza e alegria e que também é um exemplo de pessoa e profissional. Obrigada por todo apoio desde que nos conhecemos, depois na UNISC e neste processo da construção da tese. Quando queria vacilar estava comigo me dando força para continuar.

As minhas amigas e colegas de profissão Juliana, Bel e Elis, por compartilharem comigo momentos especiais de suas vidas, pela cumplicidade, apoio, força e incentivo nos momentos em que precisei do ombro amigo.

Um agradecimento todo especial a Juliana por ter me acolhido carinhosamente em sua casa para realização da coleta de dados e ter me acompanhado e auxiliado com os registros do grupo focal. Muito obrigada!

A querida acadêmica Dianefer Berté pelo apoio e pela disponibilidade em me acompanhar até o município para coleta de dados e registros no grupo focal. Muito obrigada, sua presença foi essencial!

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

Aos amigos da UNISC, de modo especial a todos do Departamento de Ciências Humanas que na troca cotidiana me ensinam muito. Um agradecimento especial às professoras do Curso de Serviço Social: Eunice, Maira, Mirian,



Rosângela. Aos colegas Josi, Rosana e Cezinha, pela parceria, carinho e força de sempre. Às funcionárias Clarice e a Júlia, que sempre nos apoiam.

Aos amigos da FISUL, que no cotidiano me ensinam, apoiam e torcem sempre, de modo especial a Ana e Nelize, que agilizam tudo quando preciso.

Um agradecimento todo especial às professoras do Curso de Serviço Social: Márcia, Marisa, Loiva, que compartilham comigo os valores dessa profissão, me desafiam e fortalecem a cada dia na construção de uma formação melhor, na luta pela profissão. E ao professor Paulo, pela parceria, apoio, por muitos momentos especiais compartilhados de estudo, luta, desde a época do nosso mestrado.

À direção da FISUL, especialmente Marlene, Rosângela e Fladimir pela confiança, apoio e pela disponibilidade em me “liberar horas” para que eu pudesse concluir esta etapa tão importante na minha vida. Valeu!

À Nina, de uma forma toda especial, pelo acolhimento, amizade, carinho, cuidado a mim dispensados. Muito tenho aprendido com você, sua humildade e sabedoria têm me ensinado muito. Obrigado pelo apoio!

Aos meus queridos alunos da UNISC e FISUL, que me apoiam e servem de incentivo à concretização desta tese. Vocês me ensinam a ser professora, me desafiam a ser uma pessoa melhor e me instigam a construir uma formação de qualidade sempre.

À toda equipe do Projeto Semear Amigos, pelo apoio e compreensão em relação a minha ausência neste momento, a parceria da Edilaine e Graziela pelo apoio e carinho de sempre.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pelos ensinamentos, apoio e carinho dos professores em momentos difíceis vivenciados durante o curso. Em especial ao Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, que me fez refletir acerca do significado de “ser ou estar” professor, acima de tudo pelos seus ensinamentos, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jane Cruz Prates, pelo carinho, apoio, respeito, amizade, muitas gargalhadas e incentivo às leituras, discussões e reflexões. Vocês me ensinaram para além da sala de aula!

À querida orientadora deste trabalho, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Berenice Rojas Couto, pela pessoa maravilhosa que és. Sabes que és meu espelho, meus alunos sabem do quanto és referência para mim, e “guia” de todos nós. Pelo carinho, pela paciência, pela compreensão, pelos puxões de orelha e pelo colo quando se fizeram

necessários, pelo incentivo e pelas orientações, que tornaram possível concretizar este estudo. Tenho certeza que sabes que em vários momentos, continuei por você, por ter acreditado e confiado em mim. Minha admiração e reconhecimento pela sua trajetória profissional, disponibilidade ao diálogo e posicionamento em defesa da profissão nos espaços que ocupa. E, ainda por me fazer perceber que “preciso aprender a cuidar de mim”, obrigado Berê.

À minha banca arguidora, que me desafia pela qualidade de sua composição e pela seriedade de sua avaliação. Cada uma tem um significado muito especial para mim. À professora Jane, Jussara e Belinha. Muito obrigado pelo carinho, respeito e reconhecimento da minha trajetória, por terem aceitado o convite e se disponibilizarem para ler o material com tão pouco tempo e, mesmo assim, feito contribuições tão significativas para qualificar minha tese. Muito obrigado!

Aos funcionários da Faculdade de Serviço Social: Juliana, Patrícia, Nazira e Cristiane. À querida Ju, de uma forma toda especial, pelas palavras amigas, pelo apoio, força e torcida sempre!

À minha turma de mestrado e doutorado, pelas horas de estudo, trocas e pela convivência. Em especial aos meus colegas e grandes amigos do coração Fabi, Tiago e Paulo, pelas horas de estudo, discussões, reflexões, ânimos e desânimos, respeito, carinho e parceria, acima de tudo. Cada um num canto deste RS, mas presentes, sempre.

Ao Núcleo de Estudo em Políticas e Economia Social e colegas, pelo apoio, pela convivência, incentivo, amizade e parceria acadêmica nesses anos todos. À Aline, de modo muito especial, presente na minha vida mesmo a distância. Maninha de coração, estou sempre torcendo por você!

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

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

À CAPES, pela possibilidade científica de estudo que vem qualificando os pesquisadores nas diferentes áreas.

Muito obrigada!

## RESUMO

A integralidade e o trabalho do assistente social na Estratégia Saúde da Família é a questão central da presente tese, que teve como objetivo analisar de que forma o trabalho do assistente social pode contribuir para a garantia da integralidade em saúde a fim de dar visibilidade à importância da inserção deste profissional nas equipes básicas da ESF. Desta forma, realizou-se uma pesquisa qualitativa, caracterizada como um estudo de caso, orientado pelo método dialético-crítico. Buscou-se desvendar as contradições entre o que está previsto no SUS e como se materializa nas ESFs, com vista a apontar as contribuições profissionais do assistente social para essa estratégia, sua equipe básica e seus usuários. Os sujeitos de pesquisa foram assistentes sociais que participam da ESF, coordenadores, equipes e usuários da ESF, da 6ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que tiveram como instrumento os formulários com questões abertas e fechadas; outra técnica utilizada foi o grupo focal, norteado por um roteiro. O material foi analisado a partir da técnica de “análise de conteúdo” de Bardin. Os resultados dessa análise evidenciam que o trabalho do assistente social no espaço sócio ocupacional das ESF é permeado pelas relações contraditórias entre os projetos que disputam na área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista, resultantes dos projetos políticos em disputa na sociedade brasileira. A partir da realização deste estudo a tese que se apresenta é condição para materializar a integralidade, considerar todo o sistema de proteção social, nele o SUS e seus respectivos princípios e diretrizes. Nesta perspectiva, o assistente social pode contribuir significativamente, quando for elemento constitutivo da equipe básica, na articulação das diferentes políticas sociais, na apreensão da realidade social dos usuários, partindo do conceito ampliado de saúde e no deciframento das expressões da questão social.

**Palavras-Chave:** Integralidade- Trabalho do Assistente Social- Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

The integrality and the work of the social worker in the Family Health Strategy is the core theme of this doctoral dissertation, whose objective is to examine how the work of the social worker can contribute to ensure the full health, in order to give visibility to the importance of including this professional in the basic FHS teams. Thus, a qualitative research was conducted, consisting of a case study, in which the critical-dialectical method was applied. The contradictions between what is predicted in the HUS (Health Unique System) and the way it materializes in the FHSs are examined, in order to point out the social workers' professional contributions to this strategy, their basic teams and their users. The research subjects were social workers that participate in the FHS, coordinators, team members and users of the FHS, in the 6th Health Coordinating of the State of Rio Grande do Sul. In order to do that, semi-structured interviews were conducted, whose instrument comprised open and closed questions; it was also applied the focus group technique, which was guided by a script. The data was analyzed through Bardin's "content analysis" technique. The results of this analysis show that the work of social workers in the occupational social space of the FHSs is permeated by the contradictory relations between projects that compete in the health field: the project of the Health Reform and the private project, resulting from the political projects in dispute in the Brazilian society . From this study, the thesis presented is the condition to materialize the integrality, considering the whole system of social protection, in which the HUS and their respective principles and guidelines. In this perspective, the social worker can contribute significantly, when he/she is part of the basic team in the articulation of different social policies, in the apprehension of the social reality of the users, considering the broad concept of health and the deciphering of the social question expressions.

Keywords: Integrality; Work of the Social Worker; Family Health Strategy.

## **LISTA DOS QUADROS**

Quadro 1 – Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à Saúde e a ESF ..47

Quadro 2 – Impacto da ESF sobre algumas das dimensões organizativas do  
SUS.....48

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial- álcool e drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FMS	Fundo Municipal de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas

## SUMÁRIO

<b>LISTA DOS QUADROS</b> .....	13
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	14
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	23
2.1 A INTEGRALIDADE E A POLÍTICA DE SAÚDE .....	23
2.2 A INTEGRALIDADE E A REFORMA DO ESTADO .....	31
2.3 A INTEGRALIDADE E O PACTO PELA SAÚDE .....	38
2.4 A INTEGRALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	44
2.5 A INTEGRALIDADE E A FAMÍLIA .....	55
2.6 AS CONCEPÇÕES E OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE.....	61
<b>3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E A INTEGRALIDADE</b> .....	67
3.1 O TRABALHO E O MUNDO DO TRABALHO .....	67
3.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL .....	74
3.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE .....	83
<b>4. O PERCURSO METODOLÓGICO E AS DESCOBERTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A GARANTIA DA INTEGRALIDADE</b> .....	90
4.1. ENFOQUE DIALÉTICO-CRÍTICO.....	90
4.2. METODOLOGIA DA PESQUISA .....	93
4.2.1. TEMA E DELIMITAÇÃO.....	94
<b>4.2.2. Problema de Pesquisa e Questões norteadoras</b> .....	94
<b>4.2.3. Objetivo Geral e Objetivos Específicos</b> .....	95
<b>4.2.4. Tipo de Pesquisa</b> .....	95
<b>4.2.5. Sujeitos de Pesquisa</b> .....	97
<b>4.2.6. Instrumentos e Técnicas de Pesquisa</b> .....	100
<b>4.2.7. Procedimentos para a Coleta de Dados</b> .....	101
<b>4.2.8. Análise e interpretação dos dados</b> .....	104
4.3. OS CUIDADOS ÉTICOS .....	107

4.4. OS RESULTADOS DO ESTUDO.....	108
<b>4.4.1. Caracterização dos Sujeitos de Pesquisa.....</b>	<b>108</b>
<b>4.4.2. Categorias de Análise.....</b>	<b>113</b>
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>140</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>149</b>
Apêndice A- Roteiro de entrevista para coordenador da ESF.....	150
Apêndice B- Roteiro de entrevista para assistentes sociais .....	151
Apêndice C- Roteiro para debate grupo focal equipe .....	152
Apêndice D- Roteiro para debate grupo focal usuários.....	153
Apêndice E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assistentes sociais e coordenadores da ESF .....	154
Apêndice F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para representantes equipe ESF e usuários.....	155
<b>ANEXOS.....</b>	<b>156</b>
Anexo A- Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	157



## 1 INTRODUÇÃO

A presente tese que ora se apresenta versa sobre a integralidade e o trabalho do assistente social na Estratégia Saúde da Família (ESF) e suas contribuições para a garantia da integralidade à saúde.

Este tema instiga a autora há muitos anos, desde os tempos do trabalho no espaço sócio-ocupacional da secretaria municipal de saúde do município de Passo Fundo, no estado do Rio Grande do Sul. Sua trajetória acadêmica e profissional apresenta a tendência para área da saúde, inserida numa equipe de saúde, ora pública, ora privada.

As diferentes experiências profissionais na área da saúde contribuíram para desvendar as contradições que existem entre os regulamentos formais do SUS e a não materialidade da saúde como um direito à cidadania e sim como um serviço. A área da saúde apresenta sérias dificuldades, tanto no que se refere ao acesso, como a efetivação dos princípios e diretrizes do modo como preconizado, o que afeta diretamente a vida dos sujeitos, que a ele recorrem para suprir suas necessidades em saúde, não atendidas na sua maioria.

Na oportunidade da realização de uma especialização na área de saúde pública, foi amadurecida a proposta de aprofundar os estudos a cerca da Estratégia Saúde da Família e sua possibilidade de alavancar o acesso à saúde, por constituir-se como uma porta de entrada nos serviços, e por privilegiar a atenção primária.

Posteriormente, na construção do mestrado em Serviço Social, foi possível retomar a discussão na área da saúde e particularmente na Estratégia Saúde da Família, tendo em vista as inquietações do tema, somadas à luta nacional CFESS/CRESS, pela inserção do profissional assistente social nas equipes básicas das ESF, na época intitulado Programa Saúde da Família. A partir de revisão bibliográfica foi possível perceber que a ESF funcionava como um serviço paralelo às unidades básicas em vários municípios do estado, com uma infraestrutura diferenciada, precarizada, e que surgiu num momento em que as UBS estavam se estruturando para oferecer um serviço de qualidade, contrariando a proposta pela qual foi criada.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa em nível de mestrado, de cunho qualitativo, em 2007, sobre os processos de trabalho do assistente social no PSF na

região norte do Estado do Rio Grande do Sul. A partir da realização das entrevistas e observações realizadas com profissionais assistentes sociais e demais trabalhadores de saúde, que compõem a equipe básica da Estratégia Saúde da Família (ESF), muitas contradições foram constatadas nestes processos de trabalho, tanto em relação à organização da estratégia, como na realização do trabalho profissional do assistente social e da equipe básica.

Os dados da pesquisa demonstraram que, embora o assistente social estivesse inserido na equipe como apoio, atendendo várias equipes básicas, dividindo-se entre a ESF e a demanda da saúde e chamado a responder pelo campo das políticas sociais de maneira simultânea, dava suas contribuições profissionais. Por meio da mediação, do conhecimento de direitos sociais e políticas, na busca do alcance da intersectorialidade, encaminhando os usuários para as demais políticas, a fim de garantir o atendimento das necessidades em saúde, para além da dor e do sofrimento e do processo de adoecimento. Entretanto, as realidades retratadas mostraram que os profissionais assistentes sociais vivenciavam todas as inflexões que a classe trabalhadora enfrenta hoje, as quais vêm refletindo no seu cotidiano profissional, as demandas intensas e diversificadas, a falta de tempo para conhecer a realidade e os usuários, o pouco tempo para planejar suas ações, que acabam condicionando a capacidade crítica dos trabalhadores.

Desta forma, novas inquietações surgiram no sentido da importância de refletir sobre a Estratégia Saúde da Família e sua capacidade de impulsionar o atendimento à saúde na perspectiva integral do SUS e não simplesmente configurar-se numa estratégia da política econômica de recorte neoliberal a serviço do mercado, com racionalidade da oferta.

Após o término do Mestrado, construiu-se uma proposta para o ingresso no Doutorado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, com o objetivo de continuar a problematizar a Estratégia Saúde da Família, como espaço sócio-ocupacional do assistente social, com o desafio de analisar de que forma o trabalho do assistente social pode contribuir para a garantia da integralidade em saúde a fim de dar visibilidade à importância da inserção deste profissional nas equipes básicas da ESF. Ademais, voltar aos municípios já pesquisados a fim de evidenciar as mudanças ocorridas no período de 2006 a 2011, trazendo à tona os avanços, retrocessos e contribuições profissionais.

Importante ressaltar que o PSF foi apresentado no Brasil pelo Ministério da Saúde, em 1994, como um programa do governo federal aos municípios para implementar a atenção básica em saúde, com financiamento do Banco Mundial, assumindo o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde. De acordo com o Ministério de Saúde surge com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, rompendo com o caráter passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), levando as ações de saúde para mais perto da família e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, dando prioridade às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua, no intuito de superar as práticas de saúde curativa, especializada e hospitalar, na construção de “um novo modo de fazer saúde”.

Foi notável a expansão do PSF no País desde sua implantação, pois vem ampliando-se a todas as regiões e municípios, aumentando a cobertura e o número das equipes básicas de saúde desde então.

Assim, consolidou-se com uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que institui a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dessa forma estabelece que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.(BRASIL, 2006)

Então, o PSF deixa de ser um programa visto que um programa aponta para uma atividade com início, meio e fim, e passa a ser visto como uma estratégia, não prevê tempo para finalizar, se propõe a reorganização da atenção básica, sendo prioritariamente a porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

A realização deste estudo tem relevância acadêmica, profissional e social, principalmente para aqueles que atuam ou que são atendidos pela política de saúde, particularmente nas ESFs. Pretende dar visibilidade às contribuições do assistente

social e da ESF para a garantia da integralidade, uma vez que possui ampla experiência na área da saúde, formação diferenciada, domínio teórico-metodológico que contempla a saúde como direito de cidadania e para tal trabalha na democratização do acesso por meio da socialização da informação. Assim, pretende-se contribuir para a produção do conhecimento, para o fortalecimento da política pública de saúde enquanto um direito à cidadania e do projeto ético-político da profissão, comprometido com os interesses e necessidades dos usuários.

A fim de atingir esses objetivos realizou-se um estudo do tipo qualitativo, referenciado no método dialético-crítico, com pesquisa empírica realizada na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, nos municípios com a Estratégia Saúde da Família, acompanhados e supervisionados pela 6ª Coordenadoria de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, implantado há mais de dois anos, que contam com o trabalho dos assistentes sociais com maior carga horária contemplados na amostra da pesquisa anterior em nível de mestrado. Os sujeitos de pesquisa foram dois profissionais assistentes sociais, três gestores da Estratégia Saúde da Família, duas equipes da ESF, totalizando 23 profissionais, e vinte e um usuários das Estratégias Saúde da Família dos municípios envolvidos.

Assim, construiu-se a presente tese que apresenta a pesquisa realizada e a sistematização da discussão teórica acerca da temática estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro esta Introdução, e os demais capítulos estruturados como se indica a seguir.

No segundo capítulo busca-se contextualizar a Integralidade da atenção à saúde, considerando a Política de Saúde Brasileira, desde os principais marcos históricos, passando pelos avanços da Constituição Federal de 1988, destacando o Sistema Único de Saúde como um marco divisor na garantia da saúde como um direito social. Aponta-se também para a Reforma do Estado, inspirada no projeto de Bresser Pereira (governo FHC 1995-2002), como política de desmonte da centralidade do Estado na garantia de acesso da população às políticas sociais e da integralidade. Propõe-se o debate acerca do Pacto pela Saúde como uma retomada do SUS e seus princípios e diretrizes. Contextualiza-se a Estratégia Saúde da Família e sua relação com a atenção primária, os dois projetos em disputa na área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o Privatista. Destaca a importância da família e a necessidade da compreensão de seus diferentes arranjos familiares para

a garantia da integralidade. Também serão apresentadas neste capítulo as diferentes concepções e sentidos da integralidade no intuito de problematizá-las no contexto do SUS, do conceito ampliado em saúde, que deve se expressar nas boas práticas, no modo de organizar os serviços e as políticas de saúde.

O terceiro capítulo contextualiza o trabalho e as transformações do mundo do trabalho, os fundamentos do trabalho na perspectiva marxista, procurando trazer o debate de modo articulado à discussão do Serviço social na contemporaneidade. Reflete-se acerca do trabalho do assistente social a partir da inserção na divisão sócio-técnica do trabalho, como se constitui, por meio da discussão sobre os elementos dos processos de trabalho em que o assistente social participa. Apresenta o resgate histórico da profissão e seu projeto profissional, por meio da discussão do projeto ético-político e seus regulamentos. Este capítulo também contextualiza o trabalho do assistente social na área da saúde, como um espaço privilegiado, no campo da seguridade social, o assistente social integrado em uma equipe de saúde, bem como suas atribuições, competências, desafios profissionais e seus fundamentos legais para efetivar o trabalho.

O quarto capítulo destaca o percurso metodológico da pesquisa proposta para este estudo. Apresenta o enfoque, a compreensão do método, seguido da metodologia de pesquisa propriamente dita, e o arsenal técnico-científico aplicado, evidenciando os passos da pesquisa. Trata-se de um estudo de caso, que não pode ser passível de generalização, mas aponta elementos que devem ser considerados para análise das contribuições da ESF na política de saúde, bem como as do profissional assistente social para a garantia da integralidade. Apresenta o processo de coleta de dados e análise dos dados, e por último a exposição dos resultados do estudo, a partir da caracterização dos sujeitos de pesquisa e das categorias de análise, elucidando com a fala dos sujeitos.

Após a análise das categorias, apresenta-se a conclusão deste estudo, onde constam algumas proposições para a categoria dos Assistentes Sociais, para os espaços das Estratégias Saúde da Família, do mesmo modo os trabalhadores das equipes básicas da ESF.

Chama-se atenção que esta tese procurou identificar questões que pudessem contribuir para compreensão de como tem se constituído o trabalho dos profissionais assistente sociais, nos espaços sócio-ocupacionais das Estratégias Saúde da

Família, na perspectiva de contribuir para sua inserção nas equipes básicas, como os demais trabalhadores da saúde, a fim de fortalecer o projeto da Reforma Sanitária e o projeto ético-político profissional e desta forma contribuir para a garantia da integralidade e o alcance do direito à saúde, como direito de cidadania.

Por fim, apresentam-se as referências e como apêndices os instrumentos de coleta de dados e os termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados para a realização desta tese.

## **2 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Para compreender a integralidade da atenção à saúde, é necessário analisar como ela se constitui no contexto da Estratégia Saúde da Família, um dos espaços sócio ocupacionais dos assistentes sociais, como parte de um processo que vem se constituindo a partir do Movimento da Reforma Sanitária.

Assim, esse capítulo contextualiza a Integralidade a partir da compreensão da Política de Saúde Brasileira, tomando por base os principais marcos históricos e as conquistas legais da Constituição Federal de 1988, e do SUS. Discute a Reforma do Estado, inspirada no projeto de Bresser Pereira (governo FHC 1995-2002), que vem na contramão do Movimento da Reforma Sanitária e do SUS e revela uma tendência ao processo de desmonte dos direitos conquistados submetidos à lógica do ajuste fiscal, configurando-se um hiato entre o direito e a realidade. Com a política econômica de recorte neoliberal ocorre o favorecimento do mercado e do capital, que reflete na privatização, focalização e fragmentação das políticas sociais, particularmente a saúde que tem focalizado a assistência para determinada população, rompendo com o princípio da integralidade. Apresenta o Pacto pela Saúde (2006), instituído durante o governo Luiz Inácio Lula da Silva, considerado como conjunto de reformas institucionais do SUS que sinaliza para o fortalecimento da atenção básica, no contexto da Estratégia Saúde da Família. Contextualiza a Estratégia Saúde da Família, procurando revelar os limites e as possibilidades do trabalho profissional do assistente social, desvendando suas principais contradições. Ressalta a importância da categoria família para as políticas sociais e a necessidade dos trabalhadores compreenderem seus arranjos e considerar o potencial de promover cuidados. Finaliza, retomando a categoria Integralidade destacando suas concepções e sentidos.

### **2.1 A INTEGRALIDADE E A POLÍTICA DE SAÚDE**

A discussão sobre integralidade em saúde não é algo recente, já vem sendo discutida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde-Alma Ata 1978, na qual já enfatizava a saúde como um estado completo de bem-

estar físico, mental e social, e, não simplesmente a ausência de doença. Um direito humano fundamental, uma meta social mundial, que para seu alcance necessita da integração do setor de saúde com outros setores sociais e econômicos.

A integralidade vem sendo construída ao longo dos anos, na discussão dos trabalhadores de saúde, nas práticas em saúde e institucionais, debatida nos programas governamentais, e constitui-se num dos maiores desafios no campo da saúde.

Pensar a integralidade no Brasil supõe o reconhecimento de suas particularidades a partir do marco histórico da **VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)**, que traz o debate acerca do conceito ampliado de saúde, uma nova concepção, que vai além da assistência médica curativa e aspectos biológicos, focada na doença. Visto que, a saúde passa a ser entendida como resultante dos modos de organização social da produção, como efeitos da composição de diversos fatores, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. Cabe assim ao Estado dar condições efetivas para que a saúde possa garantir melhores condições de vida, refletindo na alimentação, lazer, transporte, emprego, moradia, por meio da luta cotidiana e do exercício ao direito de cidadania (MENDES, 1993; CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

A VIII Conferência é um marco divisor de águas na política de saúde brasileira, produto do **movimento da Reforma Sanitária**<sup>1</sup>, que incorporou as concepções da Atenção Primária em Saúde, e na sua essência à mudança do modelo de assistência à saúde, o qual previa um “Estado democrático e de direito”, responsável pelas políticas sociais, objetivando “a universalização das ações”, “descentralização”, “melhoria da qualidade dos serviços”, pautados na “integralidade e equidade das ações” (BRAVO; MATOS, 2001).

O contexto brasileiro no período de transição para abertura política no Brasil (1974-1985) propiciou o processo de redemocratização do país, com a ampliação dos direitos sociais, a partir do final da ditadura. Promissor para realização do

---

<sup>1</sup> “A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...] criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (MENDES, 1993, p.42).



Movimento da Reforma Sanitária, do mesmo modo, para o desenvolvimento de uma crise econômica do Estado<sup>2</sup>, como resultado do “Milagre Econômico<sup>3</sup>”.

A Reforma Sanitária é resultante do descontentamento da população usuária da política de saúde, dos trabalhadores em saúde e do fortalecimento dos movimentos sociais, pela participação popular, nos diversos canais que se ampliavam na sociedade, em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde.

Para além de pensar um sistema que garantisse o acesso à saúde, todo o movimento da Reforma Sanitária colocou em xeque o debate sobre o conceito de saúde, questionando o até então construído, que se centrava na existência ou não da doença e na concepção da assistência médica da sua garantia. Nesse sentido, a saúde constituía-se como direito de alguns, um benefício vinculado à Previdência Social, que prestava assistência médica aos seus segurados, objetivando a higidez para o trabalho (COHN, 1999).

O movimento da Reforma Sanitária constituiu-se no maior fórum de debates sobre a saúde do país, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas. Destacando-se pelo seu caráter democrático e representou um importante marco na história da sociedade brasileira, pois introduziu a discussão da saúde envolvendo a sociedade como um todo, para além do setor de saúde. Envolveu diversos fóruns específicos como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Medicina Preventiva, Saúde Pública e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), revelando o protagonismo dos trabalhadores de saúde, além de envolver a participação de entidades representativas da população como associações de moradores, associações de profissionais, sindicatos, partidos políticos, dentre outros (BRAVO, 2006).

Pode ser compreendida a partir de diferentes momentos: a) ideia, constituída pelo pensamento inicial, proposição de uma prática teórica e política; b) proposta, transformação da ideia em proposta pelo conjunto articulado de princípios e proposições políticas; c) projeto, conjunto de políticas articuladas “bandeira de luta”;

---

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

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

d) movimento, movimento da democratização da saúde, movimento da Reforma Sanitária, conjunto de práticas ideológicas políticas e culturais que tomam a saúde como fundamental; e) processo, Reforma Sanitária como conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais, econômicas, ideológicas e simbólicas. Esse processo envolve um conjunto complexo de práticas, inclusive de saúde, que integram a totalidade social, para dar conta da realidade (PAIM, 2008, 171-172).

Nessa perspectiva é possível afirmar que esse Movimento contribuiu para que os sujeitos envolvidos pudessem avançar no seu processo de luta, na contramão do capital e na busca por melhores condições de vida e trabalho, portanto a saúde. Outrossim, a oportunidade de discutir não só a saúde, o Sistema Único de Saúde e sua articulação às demais políticas setoriais, sobretudo a construção de uma nova relação entre Estado e sociedade pela democratização do país.

Dessa forma, a Reforma Sanitária Brasileira pode ser definida como uma

[...] reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde [...] reconhecimento do direito à saúde [...] acesso universal e igualitário ao SUS e participação social; b) democratização do Estado e seus aparelhos, [...] assegurando a descentralização e o controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, 173).

O Movimento da Reforma Sanitária alcançou conquistas importantes, que foram juridicamente instituídas, com a promulgação da **Constituição Cidadã de 1988**, a qual incluiu, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde, incorporou em grande parte os conceitos e as propostas contempladas na VIII Conferência de Saúde de 1986. Assumiu essa política no Artigo 196, como “direito de todos e dever do Estado que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, que reduzam o risco de doenças e de outros agravos, tornando-a de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” e de relevância pública (BRASIL, 1988, p.98).

Ainda, no artigo 198 consta que “as ações e serviços de saúde públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema único, organizado em diretrizes de descentralização, integralização e participação da comunidade” (BRASIL, 1988. p.98).

Ademais, a saúde no Brasil passa a ser considerada como um dos direitos sociais<sup>4</sup> e integra, junto com assistência social e a previdência social, o Tripé da Seguridade Social, regulamentado pelo art. 194 da Constituição Federal de 1988, no intuito de compor um Sistema de Proteção Social Integralizado<sup>5</sup>. Portanto, foram sendo construídas as bases da integralidade em saúde, a ideia era integrar as três políticas numa só rubrica, na seguridade. A proposta previa um sistema integrado de seguridade social, que, contudo, não se materializou como previsto, pois as políticas específicas foram regulamentadas por leis distintas e com receitas diferenciadas, o que “[...] acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social)” (BOSCHETTI, 2004, p.114).

Contribuíram, ainda, para essa fragmentação da seguridade social os indicativos dos organismos internacionais, como Banco Mundial, que passaram a recomendar, em virtude de disponibilizar novos créditos para o país, o enxugamento da presença do Estado na garantia de direitos sociais, movimento esse alimentado pelos novos preceitos do ajuste neoliberal<sup>6</sup> (SOARES, 2000).

Todavia, são notáveis os avanços da seguridade social no Brasil, com destaque para a universalização da saúde, a assistência social como política pública, a descentralização político-administrativa, a participação popular e o controle social.

---

<sup>4</sup> São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição. (art. 6º. Constituição Federal de 1988). (BRASIL, 1988).

<sup>5</sup> “Um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social”. (BRASIL, 1988). Sistema homogêneo, integrado e articulado capaz de garantir a todos os cidadãos medidas de proteção universais, distributivo, tendo o Estado como protagonista.

<sup>6</sup> “O ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais”. (SOARES, 2000, p.12). O modelo prevê políticas de liberalização, privatização, centradas no mercado. Conforme a maneira como cada país se insere no cenário internacional, sofre os impactos da “crise global” ou do “ajuste” dos países periféricos como o Brasil, sob a hegemonia norte-americana, significando redução de direitos, focalizando as políticas sociais de caráter universalistas aos mais pobres.

A Seguridade Social precisa ser compreendida como “proteção social ao cidadão em face de risco, da desvantagem, da dificuldade, vulnerabilidade, da limitação temporária ou permanente e de determinados acontecimentos previsíveis ou fortuitos nas várias fases da vida” (SILVA, 2004, p. 32).

Não há dúvidas que a Constituição Cidadã inovou na compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, criando mecanismos de controle social e organizando os serviços a partir das regiões e necessidades dos usuários. Entretanto, essas conquistas não se traduzem em ganhos efetivos para os usuários, pois logo após sua promulgação “[...] o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington” <sup>7</sup> (COUTO, 2004, p.144). Além disso, previu medidas de liberalização da economia e realização de reformas estruturais, as quais fortalecem mecanismos de redução com gastos públicos, cortes de despesas na área da saúde, assistência social, previdência social, educação, segurança, entre outros.

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

Vive-se, portanto, o paradoxo inicial entre a política econômica de recorte neoliberal no Brasil e os avanços históricos da política de saúde, que se distingue pelo modelo de assistência à saúde, preconizado na Reforma Sanitária, resultado das lutas coletivas, cuja garantia se dá na base jurídico-formal da Constituição Federal de 1988 e é regulamentada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O **Sistema Único de Saúde** na construção da integralidade, destaca-se pelo caráter universal, prestado prioritariamente pelo Estado e iniciando o processo de descentralização político-administrativo da política social de saúde. Contempla as

---

<sup>7</sup> “Entendido como conjunto de trabalhos e resultado de reuniões de economistas do FMI, do Bird e do Tesouro dos Estados Unidos realizadas em Washington D.C. no início dos anos 90. Surgiram recomendações dos países desenvolvidos para que os demais, especialmente aqueles em desenvolvimento, adotassem medidas de abertura de seus mercados e o Estado Mínimo, isto é, um Estado com um mínimo de atribuições (privatizando as atividades produtivas) e, portanto, com um mínimo de despesas como forma de solucionar os problemas relacionados à crise fiscal” (SANDRONI, 2003, p.123).

propostas da Reforma Sanitária, já acolhidas pela Constituição Cidadã, partindo do conceito ampliado de saúde, e organiza-se por meio dos princípios organizativos e doutrinários da universalidade, equidade, integralidade das ações, descentralização, regionalização, hierarquização, participação, controle social e complementaridade do setor privado.

Em virtude da participação da comunidade, são criados mecanismos, como conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal, como instâncias deliberativas de formação paritária entre o Estado e a sociedade civil, organizados para exercer o controle social na prestação dos serviços. Os conselhos de saúde e as conferências concretizam as possibilidades da sociedade influenciar na gestão pública, bem como orientar e fiscalizar as ações do Estado no que diz respeito à política de saúde, pois se apresentam como forma de democratizar o Estado, possibilitando a participação<sup>8</sup> da população nas decisões, contemplando a transparência das ações.

Os Conselhos de Saúde, que compõem a forma de organização da saúde desde a década de 1950, agora são criados e regulados pela lei e são de suma importância aos usuários na medida em que se configuram em canais abertos de participação para reivindicações de direitos. São espaços públicos de disputa e negociação para melhores condições de vida e saúde, compostos por usuários, gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da área da saúde; possuem caráter permanente, deliberativo e paritário, cujo objetivo principal é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde nas três esferas de governo. (BRAVO, 2001)

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

O SUS vem sendo implementado de forma sistemática e gradativa e sua operacionalização inicialmente deu-se por meio das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde como portarias,

---

<sup>8</sup> Participação entendida como processo educativo: “O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social concreta”[...] Se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social” (SOUZA, 1991, p84)

mas pactuadas entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). (BRASIL, 2003). Essas normas tiveram por finalidade normatizar a implantação do SUS, desde as relações entre os gestores, aos objetivos, estratégias, prioridades e repasses financeiros. São resultantes do movimento de pactuação entre gestores do Sistema Único de Saúde nas três instâncias de governos, estabelecendo critérios de gestão, controle social e financiamento.

Desde o início foram quatro Normas<sup>9</sup> Operacionais Básicas para implementar o SUS e regular os repasses financeiros. Posteriormente, vieram a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS 01/2001<sup>10</sup> e a NOAS 01/2002<sup>11</sup>. Ademais, chama-se atenção para a NOB 01/96, implantada somente em 1998, durante o mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, que cria novas condições de gestão, responsabiliza o município pela atenção básica e define novas formas de repasse financeiro. Dessa forma, revela sua capacidade de impulsionar o processo de municipalização, mas por outro lado, “[...] rompe com o conceito de integralidade e enfatiza a criação de programas focalistas” (VASCONCELOS, 2006, p.78).

Como resultado desse processo ocorre o comprometimento dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização na medida em que se trabalha a atenção básica de saúde desarticulada da média e alta complexidade, por meio de programas focalizados, propostos pelo Ministério da Saúde, com incentivo financeiro, obrigando os Municípios, de certa forma, a aderirem para captar recursos na saúde. Desrespeitam-se, assim, as características regionais e a autonomia local, racionalizando o acesso ao atendimento hospitalar (CORREIA, 2006, p.134). E ainda, impõe a fragmentação dos níveis de atenção à saúde, dando ênfase a atenção básica de saúde desarticulada da atenção

---

<sup>9</sup> A NOB 01/91, implementada durante o governo Fernando Collor de Mello (1990 – 1992); a NOB 02/92 não alterou muito a NOB anterior; a NOB 01/93, criada no período do governo Itamar Franco (1992 – 1994) e a NOB 01/96 foi implantada somente em 1998, durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso.

<sup>10</sup> Instituída durante o governo Fernando Henrique Cardoso, criando novas formas de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada<sup>10</sup> e Gestão Plena de Sistema Municipal. Ampliam-se as responsabilidades dos Municípios, cabendo-lhes prestar ações do primeiro nível de atenção no seu próprio território e garantir o acesso dos usuários aos serviços existentes na região.

<sup>11</sup> Também instituída pelo governo Fernando Henrique Cardoso, tem como premissa o comando único do gestor sobre os prestadores de serviço e “novas funções de gestão, como controle, regulação, avaliação, que devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde” (BRASIL, 2003).

secundária e terciária.

É importante apontar que as primeiras normas operacionais básicas foram criadas em governos que viviam claramente a contradição entre cumprir com o legado constitucional e os compromissos assumidos, após a Constituição Federal de 1988, com os organismos internacionais. Nessa esteira, a NOB 01/96, que foi implantada em 1998, procura dar materialidade à Reforma do Estado proposta por Bresser Pereira; assim, a prioridade está em prestar saúde de atenção básica à população mais empobrecida, para tal o PSF e PACS são apontados<sup>12</sup> como programas essenciais.

Desde a NOB 01/96 verifica-se a ênfase na atenção primária, como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, centrando-se na concepção de atenção familiar como estratégia do modelo assistencial, ou seja, priorizando também o Programa Saúde da Família.

A partir de 2006, as NOBs deixam de ser a forma de normatização do SUS a partir da regulamentação do “Pacto pela Saúde 2006”, divulgado e aprovado pelo Ministério de Saúde do governo Luiz Inácio Lula da Silva, pela portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Assim, o PSF muda de nomenclatura de programa e passa a ser considerado como uma estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica nos pequenos, médios e grandes municípios, denominada Estratégia Saúde da Família- ESF.

## 2.2 A INTEGRALIDADE E A REFORMA DO ESTADO

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

---

<sup>12</sup> O Pacto pela Saúde será melhor detalhado no item 2. 3 dessa tese.

demais políticas sociais. As quais, se caracterizam como fragmentadas, focalizadas e subordinadas à lógica econômica, resultando na diminuição de investimentos financeiros nas políticas sociais e no enfraquecimento dos princípios democráticos e universalistas, contrários aos preceitos legais do SUS, bem como o agravamento das desigualdades sociais e dos processos de exclusão.

A Reforma do Estado não é um fenômeno isolado, mas decorrente de uma série de mudanças no cenário internacional, comércio mundial e organizações políticas entre diferentes países, constitui-se em um dos elementos da organização do novo padrão de produção capitalista, e ademais expressa à materialidade do conservadorismo que busca suprimir os avanços do modelo de Estado de Bem-Estar Social, não vivenciado no Brasil, aproximado pela homologação da Constituição Federal de 1988. (COSTA, 2006).

Indicada pelo Banco Mundial e pelo FMI a reforma coloca-se como condição para o crescimento econômico e inserção dos países periféricos na economia mundial, pela realização de ajustes fiscais a fim da estabilização interna da moeda. Para tal, é necessário o rigoroso controle de gastos públicos e geração de superávit primário dos países periféricos, no intuito de saldar suas dívidas externas.

As particularidades da Reforma do Estado no Brasil trazem em si determinantes externos e internos. Os primeiros são indicativos pelo Banco Mundial e FMI, os internos pela opção política do governo Fernando Henrique Cardoso, que colocou a reforma do Estado como algo imprescindível para a retomada do crescimento econômico e a melhoria do quadro social (COSTA, 2006), para tal deu início em 1995, ao Plano Diretor de Reforma do Estado (MARE) de Bresser Pereira.

Assim, a reforma do Estado reduz direitos em favor de equilíbrios fiscais, em nome de um processo de modernização justificado pela ineficiência e incapacidade do Estado com características arcaicas, patrimonialistas e burocráticas, ao mesmo tempo em que busca fortalecer a capacidade gerencial do Estado através de parcerias com o setor privado que prestaria serviços de melhor qualidade.

Justifica-se a realização da reforma pela crise fiscal<sup>13</sup> do Estado brasileiro, somada ao processo de globalização da economia mundial, onde há necessidade de enxugar o Estado, fortalecendo-o, devolvendo sua capacidade de realizar poupança

---

<sup>13</sup> A crise fiscal se caracterizou pela perda de crédito público e pela poupança pública negativa. Como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado era administrado e uma crise política. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.41).



pública, recuperando suas finanças e redefinindo suas formas de intervir no econômico e no social e assim devolvendo-lhe a governança<sup>14</sup> democrática e a governabilidade<sup>15</sup> (BRESSER PEREIRA, 1998). Decerto, a origem da crise decorre da ineficiência do Estado, por problemas de gerenciamento, que alterando a forma de gestão poderá superar-se e desenvolver-se. Ademais, não é percebida como crise econômica e política devido ao capitalismo contemporâneo, ao processo de reestruturação produtiva e globalização do capital, a serviço do mercado.

A reforma é considerada *Gerencial* porque se baseia no modo de administração empresarial em busca de uma “maior eficiência das agências públicas”; *Democrática* porque prevê mecanismos de delegação de autoridade e controle dos resultados; *Social-democrática* onde afirma ser o estado o garantidor dos direitos sociais e *Social-liberal* pois acredita no mercado como alocador de recursos, utilizando estratégias de controle das atividades financiadas pelo Estado através de entidades descentralizadas: as organizações públicas não-estatais (BRESSER PEREIRA, 1998).

A preocupação era descentralizar através dessas organizações para garantir maior eficiência do sistema, reduzindo custos públicos e prestando serviços de maior qualidade e satisfação dos usuários como ocorre no setor privado, mas a descentralização que tem ocorrido se configura como “[...] mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais que configuram o setor público não estatal.”(BEHRING, 2003, p.103).

Na saúde, a descentralização protagonizada consiste na “[...] administração e o controle dos gastos em saúde; criação de um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados; transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais; e criar um sistema de entrada e triagem”. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.252).

Esse sistema de entrada e triagem efetiva-se nos postos de saúde e no incentivo ao Programa Saúde da Família, sendo os responsáveis pela integralidade das ações em saúde, principalmente às famílias mais empobrecidas, através do

---

<sup>14</sup> Governança entendida como capacidade financeira e administrativa de um governo implementar políticas. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.33)

<sup>15</sup> Governabilidade é a capacidade política de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e do seu Governo com a sociedade, impossível sem governança. (BRESSER PEREIRA, 1998, p.33).

fortalecimento do sistema municipal e repasse de recursos financeiros pela União por meio de credenciamento. Já os ambulatorios especializados, e atendimentos de maior complexidade, como o hospitalar, seria realizado, através de convênios na rede privada de serviços. Destarte, integralidade compreendida entre os modelos de atenção em saúde, mas direcionada para determinada população, entre as três esferas de governo, prestadores de serviço e setor privado.

Entretanto, a proposta vai em direção oposta às conquistas jurídicas e institucionais, da década de 1990, ao compromisso de padrões universalistas e redistributivos de proteção social, através da ampliação dos direitos sociais, civis e políticos.

Tem-se a ideia de que o mercado seria o grande mecanismo de controle social, pela concorrência, mas ela não é igual para todos, mas sim uma “competição desigual e inserção de concorrentes heterogêneos na economia, na política e cultura mundiais”. (VIEIRA, 2004, P.108).

Acompanhando a estratégia de descentralização estão a privatização e a focalização, persistindo a ideia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos mais pobres. (SOARES, 2000.). Além de o Estado não ser mais pensado como protagonista no atendimento às demandas sociais há a ampliação do processo de privatização de empresas públicas, principalmente na área de serviços estatais, as quais passaram a ser também atendidas pelo setor privado, por meio de serviços focalizados destinados às populações mais empobrecidas.

A política social de saúde é tensionada a partir de uma tendência privatizante, através do segmento privado supletivo e complementar. (SILVA, 2004, p.145). A privatização induzida nesse caso é por meio de estímulo aos planos de saúde e aos convênios, tornando-se um problema de “direito do consumidor e não um problema de direito social”. (BEHRING, 2003, p.268).

Esta privatização gera a “universalização excludente” (MENDES, 1993) e a “dualidade discriminatória” (SOARES, 2000; BEHRING, 2003) entre os cidadãos que podem e os que não podem pagar pelos serviços, ao mesmo tempo que possibilita uma abertura lucrativa para o capital. E a focalização destina os direitos para determinada população e não para todos, rompendo com o princípio da universalidade. Assim divide-se o SUS básico e o hospitalar, o SUS real e o SUS

ideal, e a proteção social de interesse público contrapõe-se aos interesses privados, e não se edifica.

Ademais, repercute a retomada de uma estratégia de favorecimento do mercado em detrimento da concepção de seguridade social, universal, solidária, democrática, sob a primazia da responsabilidade do Estado, ou seja, “mais mercado e menos Estado”. Identifica-se uma forte “tendência de complementaridade e de mixagem das ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, fomentando as ações privadas na área da seguridade social”. (SILVA, 2004, p.137-140). Com isso, no Programa de Publicização<sup>16</sup> surgem as organizações sociais, implementam organizações filantrópicas e o terceiro setor, a tão chamada “responsabilidade social”, como parte da formação de uma nova cultura, para dar conta do que o Estado e o mercado não dão, com apelo à filantropia<sup>17</sup> e ao voluntariado. Assim, o sujeito de direitos torna-se “cidadão-cliente, consumidor de serviços de organizações, numa perspectiva empresarial”. (BEHRING, 2003, p.259).

No Brasil a situação torna-se mais agravante em virtude do contexto sócio-histórico, marcado pelas transformações do mundo do trabalho, pela redução do emprego, faz crescer a pobreza e a miséria, aliada à retração do Estado no que se refere as suas responsabilidades públicas em ofertar serviços e garantir os direitos sociais e humanos, inclusive o direito à própria vida (IAMAMOTO, 2001).

Por essa razão, a reforma também é vista como uma “Contra-Reforma do Estado” (BEHRING, 2003), pois vem na contramão dos direitos da cidadania e da democracia participativa, conquistados na Constituição Federal de 1988, na medida em que avança para uma política de desmonte e enfraquecimento do controle social. Portanto, a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se a realização de parcerias com a sociedade civil para dar respostas à crise. A exemplo disso, tem-se os cuidadores e agentes de saúde, que realizam atividades que seriam de responsabilidade de profissionais, com objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2006, p.100).

---

<sup>16</sup> Programa de Publicização consta no documento do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e tem como proposta a criação das agências executivas e das organizações sociais, Terceiro setor para produção de bens ou serviços públicos não estatais (BEHRING, 2003, p. 204).

<sup>17</sup> “O termo filantropia —que significa *amor à humanidade*— remete às noções de benemerência e de caridade. Como o Estado não cumpre seu papel social e o mercado, seletivo e excludente, não satisfaz necessidades sociais de amplos segmentos da população, a sociedade reserva-lhes a benemerência”. (SILVA, 2004, p.154)

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

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

Embora o Plano Diretor de Reforma do Estado de Bresser Pereira não tenha sido implantado na sua íntegra, inclusive tendo sido, nesse processo, extinto o Mare (1995), as ideias desse projeto ainda se mantêm vivas, disputando com o SUS a forma de organização do Sistema Único de Saúde no Brasil.

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

Assim, configura-se a cidadania diferenciada aos que podem pagar pelos serviços e aos que não podem. Os primeiros na sua maioria são assistidos pelos planos privados de saúde com melhor padrão de qualidade, no que diz respeito à média e baixa complexidade. Na alta complexidade recorrem ao SUS, devido a não autorização dos planos privados. Aos que não podem pagar pelos serviços fica destinado um sistema de baixo custo, com programas focalizados, fragmentados e seletivos para atendimento “aos pobres”, com baixo padrão de qualidade.

Contraditoriamente, os serviços especializados e que exigem alta complexidade, como transplantes, atendimento a doenças infecto-contagiosas como

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

Importante ressaltar que, os preceitos da Contra-Reforma no Brasil ganharam potencialidade no período do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995- 2002). Entretanto, no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003) os cidadãos brasileiros acreditavam que havia a perspectiva de uma nova correlação de forças para que fosse retomado o projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Porém, o governo Lula manteve a mesma lógica da política econômica de recorte neoliberal, do governo anterior, a subordinação das políticas sociais à lógica econômica. A Seguridade Social continuou fragmentada nas três políticas: saúde, previdência Social e Assistência Social (BRAVO, 2006).

O governo Lula vivenciou momentos distintos de retomada dos preceitos da Reforma Sanitária, quando recolocou na agenda esse desafio, no momento em que aliou-se a profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária, alocando espaço no Ministério de Saúde. Do mesmo modo, as alterações realizadas na estrutura administrativa do Ministério de Saúde, a saber: criou a Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde no intuito de fortalecer os recursos humanos em saúde; a Secretaria Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar; a Secretaria de Gestão Participativa, que tem como função fortalecer o controle social. Além, a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde; a participação do ministro de saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a ampliação da participação social, dentre outras inovações (BRAVO, 2006).

Por outro lado, deu continuidade às políticas de ajuste macroeconômico que seguiram na contra-mão das políticas de saúde inspiradas no projeto de Reforma Sanitária (PAIM, 2008). Do mesmo modo, não rompeu com a focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, ampliação da contratação dos agentes comunitários de saúde em substituição a profissionais de saúde, além do desfinanciamento (BRAVO, 2006).

Em virtude da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), ocorreu a retomada da discussão da Reforma Sanitária, debate ausente nos relatórios finais das últimas conferências (9ª, 10ª e 11ª). Foi criado o Fórum da Reforma Sanitária que possibilitou uma série de discussões, reuniões entre lideranças, militantes, e órgãos governamentais, como resultado desse processo, a aprovação do Pacto pela Saúde (PAIM, 2008).

Desse modo, em tempos de favorecimento do mercado e do capital, um avanço do debate da Reforma Sanitária, em busca da construção da integralidade e do alcance do direito à Saúde.

### 2.3 A INTEGRALIDADE E O PACTO PELA SAÚDE:

Como referido anteriormente, “Pacto pela Saúde 2006”, publicado pela portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, pelo Ministério da Saúde, no período do governo Lula. Consiste num conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão que objetiva inovar os processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que redefine as responsabilidades de cada gestor em razão das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Cabe enfatizar que o pacto é resultado de discussões desde 2003, após o “Seminário para Construção de Consensos do Conass e da Carta de Sergipe e, a de forma mais intensa, a partir da oficina Agenda do Pacto de Gestão, com representação do Conass, Conasems e do Ministério da Saúde” (CONASS, 2006).

O Pacto pela Saúde pretende substituir os processos de habilitação de gestão anteriormente firmados, tendo dentre suas prioridades “compromisso com o

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

O Pacto pela Vida constituído por um conjunto de compromissos sanitários, como prioridade tem o fortalecimento da atenção básica, deve ser executado com foco em resultados, rompendo com a forma de pactuação por meio de normas operacionais e devendo ser revisto anualmente quanto às prioridades e avaliação dos resultados. Suas prioridades para 2006 são: a) saúde do idoso; b) câncer de colo de útero e mama; c) redução da mortalidade infantil e materna; d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e) promoção da saúde e f) fortalecimento atenção básica (BRASIL, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS busca implementar um projeto permanente de mobilização social, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária, com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos, para tal aponta para a necessidade do incremento de recursos orçamentários e financeiros, de acordo com as três esferas de gestão, conforme seus respectivos compromissos (BRASIL, 2006a).

O Pacto de Gestão do SUS busca aprofundar o processo de descentralização, e para tal estabelece responsabilidades entre os entes federados, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS; reitera a importância do controle social e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006a).

O financiamento passa a integralizar cinco grandes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Várias são as portarias que anualmente regulamentam o financiamento, a transferência de

recursos federais para as ações e os serviços de saúde, e seu respectivo monitoramento.

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

Ademais, o Pacto pela Saúde (2006) sugere uma retomada em defesa do SUS, e dos preceitos da Reforma Sanitária, enfatiza o fortalecimento da atenção básica, vista como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Como produto do Pacto, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, pela portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, têm a Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos legais do SUS. A estratégia deve realizar o contato inicial e constitui-se como uma forma de acesso dos usuários ao SUS.

Posteriormente, novas portarias do Ministério de saúde, regulamentam a atenção básica: a portaria nº 649 de março de 2006, define valores financiamento para o ano de 2006, com vistas a estruturar as Unidades Básicas de Saúde para as equipes da ESF, como parte da Política Nacional da Atenção Básica; a portaria nº 650 de março de 2006, define os valores de financiamento para o PAB fixo e variável para as ESF e os PACS; a portaria nº 822 de abril de 2006, altera critérios de modalidades para ESF e PACS; a portaria nº 2133 de setembro de 2006, define um valor mínimo do PAB fixo; a portaria nº 750 de outubro de 2006, estabelece normas para cadastramentos das ESF básicas e com saúde bucal; portaria nº 35 de janeiro 2007, estabelece um programa de educação



permanente para a ESF; portaria nº 1625, de Julho de 2007, altera atribuições da equipe ( enfermeiro e médico) da ESF; e novas portarias nos anos seguintes que alteram os valores de financiamento, mas a estrutura das ESF permanece a mesma composição de equipe.

A atenção básica caracteriza-se como “[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006)”. Assim, as ações de saúde devem ser voltadas para a prevenção e a cura, desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; organizadas por meio de um trabalho em equipe, direcionado aos usuários em seus territórios delimitados, respeitando suas particularidades.

A Política Nacional de Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (Brasil, 2006b).

A portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, estabelece novas prioridades do Pacto pela Saúde, para o biênio de 2010-2011, no que se refere ao Pacto pela Vida, a saber: a) atenção à saúde do idoso; b) controle do câncer de colo de útero e de mama; c) redução da mortalidade infantil e materna; d) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; e) promoção da saúde; f) fortalecimento da atenção básica; g) saúde do trabalhador; h) saúde mental; i) fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; j) atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e l) saúde do homem. Posteriormente, a portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010, inclui a saúde bucal no monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde.

Nesse sentido, percebe-se que a política de saúde executada durante o governo Lula apresentou inovações importantes, como a incorporação do debate dos preceitos da Reforma Sanitária, a regulamentação do Pacto pela Saúde (2006), da Política Nacional de Atenção Básica (2006), pela ampliação dos compromissos sanitários estabelecidos desde a implantação do Pacto e, ainda pelo estímulo a participação e controle social.

Os indicadores de saúde da população, a ampliação dos recursos, da atenção básica, da saúde mental, da saúde bucal e cobertura do sistema de serviços de saúde do SUS, evoluíram se observado o período do governo Fernando Henrique Cardoso (PAIM, 2008). Entretanto, houve continuidade das políticas de ajuste macroeconômicas que reduzem investimentos nas políticas sociais, enfatizam a focalização, enfraquecendo os princípios de universalidade e integralidade de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, a exemplo a ESF que não mudou sua forma de fazer saúde, dados que serão discutidos no capítulo 3.

Chama-se atenção para uma nova regulamentação do SUS, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, do governo de Dilma Vana Rousseff, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, e traz mudanças no que se refere a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos.

O decreto substitui os Termos de Compromisso estabelecidos no Pacto pela Saúde, pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, de peso jurídico, firmado entre os entes federativos para organizar de forma regionalizada e hierarquizada as ações e serviços de saúde, de acordo com as responsabilidades assumidas.

Em seu Art.3º destaca que o SUS é constituído

[...] pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011).

No que se refere à regionalização, define o que é uma Região de Saúde e como pode ser instituída. Estabelece as Redes de Atenção à Saúde a fim de alcançar uma organização regionalizada das ações e serviços de saúde. Pressupõe o fortalecimento da integralidade pela definição e articulação da rede de atenção à saúde, que deverá garantir aos usuários do sistema o acesso universal e igualitário.

Compreende por região de saúde em seu artigo 2º

o espaço geográfico constituído por municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011)

As Redes de Atenção à Saúde podem ser compreendidas como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011). As redes podem constituírem-se no espaço de uma região de saúde ou de várias delas. Compete aos entes federativos definir os limites geográficos, a população usuária, as ações e serviços oferecidos, de acordo com as diretrizes pactuadas.

De acordo com o Art.5º uma Região de Saúde, deve ter no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

No que se refere à hierarquização, define que o acesso se dará pelas portas de entradas, que se constituem pela atenção primária, como principal e ordenadora aos demais níveis de complexidade; a urgência e emergência; a atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e serviços especiais de acesso aberto, como os centros de referência de AIDS, dentre outros. Chama atenção que define as portas de entrada como serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS, no entanto não faz referência a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada, como previsto pelo Pacto pela Saúde (2006) e pela Política Nacional de Atenção Básica (2006b) os quais definiram a saúde da família como uma estratégia de reorganização da atenção básica, e que vem sendo desenvolvida nas unidades de saúde pelas equipes de saúde da família, que será detalhada no item 1.4 dessa tese.

Importante ressaltar que ao definir as portas de entrada, o Decreto avança em sua organização e reforça o acesso universal e igualitário, para além da ESF, considerando a atenção primária para ordenar o acesso aos serviços, mas respeitando o grau de gravidade de risco individual e coletivo e no critério cronológico.

Outro ponto a destacar, estabelece a integralidade da assistência a saúde que inicia e se completa na rede de atenção, a partir da referência do usuário na rede regional, interestadual, respeitando o pactuado entre as Comissões Intergestoras. Sugere que a atenção primária será realizada de forma articulada com os demais níveis de atenção à saúde, ao contrário do que tem ocorrido até então, tendo em vista a dificuldade de estabelecer a rede de referência.

Compreende que o acesso dos usuários, as ações e serviços de saúde, pressupõem o acesso a assistência farmacêutica. Assim, estabelece a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O decreto reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, fortalece os princípios da Reforma Sanitária, amplia responsabilidades e espera-se que também ampliem-se as condições para o financiamento da saúde, a exemplo a regulamentação da Emenda 29, que tramita há anos e trata da aplicação dos recursos financeiros na saúde.

Portanto, esse é um longo caminho a ser percorrido para que os princípios do SUS se concretizem na vida dos sujeitos, pois o direito a saúde é ter “[...] acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, oferecidos por serviços de qualidade” (PINHEIRO [ et.al] 2005, p.15). Dessa forma, o direito à saúde é uma conquista social reconhecida, um direito humano fundamental, uma condição indispensável para o exercício dos outros direitos [...] que exige a garantia de elementos fundamentais para sua concretização (PINHEIRO, [et.al], 2005).

Nessa esteira, compreende-se a ESF como elemento central na consolidação do SUS, o próximo item tratará de como a integralidade pode ou não estar garantida na ESF.

## 2.4 A INTEGRALIDADE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

A Estratégia Saúde da Família (2006), regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (2006), como uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, tem sua origem no Programa Saúde da Família (1994). Fruto de algumas experiências municipais, bem sucedidas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ceará (1986), no nordeste brasileiro (ANDRADE, 2007).

O Programa Saúde da Família, criado pelo Ministério de Saúde, em 1994 , destacava seguir os princípios básicos do SUS, assumindo o desafio de garantir o acesso igualitário de todos aos serviços de saúde, na perspectiva da vigilância à

saúde. O propósito era reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, rompendo com o caráter passivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), levando as ações de saúde para mais perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros.

O objetivo do programa, segundo o discurso oficial do Ministério da Saúde, constituía-se em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua. O Ministério da Saúde expressa inicialmente que não se tratava de uma assistência precária para os pobres, mas uma intenção de construir um novo modelo de assistência à saúde para o país, centrado na atenção primária.

Antes de mais nada, cabe esclarecer o que não é “Atenção Primária em Saúde”: não é um nível de atenção independente dos demais; não se restringe a um único programa ou a prestação de serviços por meio de pacotes básicos; não se utiliza de pessoas da comunidade e capacita para prestar atenção elementar; não se restringe à atenção fornecida por médicos, enfermeiros e outros profissionais; não é um nível de atenção menos importante que os demais; e nem tampouco responsabilidade somente do setor de saúde, pois sozinho não conseguirá dar conta das necessidades de saúde que afetam os indivíduos, as famílias e a coletividade (ANDRADE, 2007).

Portanto, a forma como vem se materializando a Estratégia Saúde da Família no Brasil, não atende os preceitos da “Atenção Primária em Saúde” que consiste numa estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde (ANDRADE, 2007), embora esse seja o discurso oficial do Ministério de Saúde.

Todavia, a ESF no Brasil não representa um projeto acabado de atenção primária, pelo contrário é uma política pública em processo evolutivo, fruto da “Tensão Paradigmática” produzida pelo processo do Movimento da Reforma Sanitária e modelo médico assistencial privatista (ANDRADE, 2007).

A compreensão da ESF como um componente essencial para a organização da atenção primária e a própria reestruturação do SUS, remete para definição de Atenção Primária em Saúde como uma,

[...] estratégia flexível, realizada através de un primer contacto entre pacientes y prestadores de los servicios de salud, equipo de salud que garantiza una atención integral, oportuna y sistemática em um proceso continuo; sustentada em recursos humanos científicamente calificados y

entrenados; a un costo adecuado y sostenible, que trasciende el campo sanitario e incluye otros setores; organizada em coordinaicón com la comunidad y concatenada com el resto de los niveles de La red sanitaria para promover, proteger, restaurar y rehabilitar La salud de los individuos, las familias y la comunidad; em um proceso conjunto de producci3n social de salud atraves de um pacto social que incluye los aspectos biopsicosociales y del medio ambiente; y que no discrimina a ningun grupo humano por su condici3n econ3mica, sociocultural, de raza o sexo<sup>18</sup> (LAGO ;CRUZ, p. 38).

Nesse sentido, a ESF se constitui como a porta de entrada e estabelece o primeiro contato, trazendo a importância do acolhimento e do vnculo para que se efetive a atenci3o integral, por um custo sustentavel. Responsavel por desenvolver acoes de prevencao, promocao, recuperacao, reabilitacao e cuidados paliativos por meio de equipes de familia, comprometidas com a integralidade em saude, centrada na unidade familiar e no contexto socioeconmico, cultural e epidemiol3gico da comunidade a que pertence (ANDRADE, 2007).

A equipe saude da familia e composta essencialmente por um "grupo de profissionais interdisciplinar envolvidos na assistencia integral e primaria a saude". A unidade familiar e compreendida como a "celula biologica e social dentro do qual o comportamento reprodutivo, os padroes de sociabilidade, o desenvolvimento emocional e as relacoes com a comunidade sao estabelecidos". A comunidade e representada pela "esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contiguidade geografica, definida por aspectos semelhantes da organizacao da vida dos individuos e dependencia comum dos equipamentos sociais e governamentais" (ANDRADE, 2007, p.805).

O acolhimento passa a ser visto como a possibilidade de universalizar o acesso, abrindo as portas da unidade de saude a todos os usuarios que precisarem e ainda, efetivar a escuta e o compromisso com a saude dos mesmos. Assim como, o vnculo para criar referencias dos usuarios com uma equipe de saude e o estabelecimento de compromissos e responsabilidades destes profissionais, com os

---

<sup>18</sup> [...] Estrategia flexivel, realizada atraves de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saude, que garante uma atenci3o integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentavel, que transcende o campo sanitario e inclui outros setores; organizada em coordena3o com a comunidade e concatenada com os demais niveis da rede sanitaria, para proteger, restaurar e reabilitar a saude dos individuos, das familias, e da comunidade, em um processo conjunto de producao social de saude- mediante um pacto social- que inclui os aspectos biopsicossociais e do medio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condicao econ3mica, sociocultural, de raca ou sexo(LAGO ;CRUZ, p. 38).

usuários e com a comunidade para promover cuidados. Entretanto, precisa ser estabelecido entre todos os membros da equipe e não por alguns, isso pressupõe uma reorganização de processos de trabalho na rede básica (FRANCO; MERHY, 2007).

Antes de tudo, rever as rotinas, os fluxos, a organização do trabalho, o planejamento de ações individuais e coletivas, a construção de saberes, os mecanismos tecnológicos, enfim, a forma de promover cuidados e as necessidades de saúde<sup>19</sup>. Visto que, “a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando a partir do acolhimento e estabelecimento de vínculo” com os usuários (FRANCO; JÚNIOR, 2007, p. 129).

A Estratégia Saúde da Família propõe uma nova forma de construir saúde, como pode ser visto didaticamente no quadro que segue:

Quadro 1- Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção a Saúde e a ESF

<b>MODELO HEGEMÔNICO</b>	<b>ESF</b>
Saúde como ausência de doença.	Saúde como qualidade de vida
Base em práticas frequentemente clientelistas, prestação de serviços, era realizada como favor.	Prestação de serviços de saúde um direito de cidadania.
Atenção centrada no indivíduo.	Atenção centrada no coletivo.
Centrado em ações curativas.	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação.
Hospital como serviço de saúde dominante.	Hierarquização da rede de atendimento, garantindo articulação entre os níveis de atenção.
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios.	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios.
Predomínio da intervenção do profissional médico.	Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar.
Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população.	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.
Não consideração da realidade e autonomia local, não valorização da participação comunitária.	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia de atuação das equipes de saúde da família.
Funcionamento baseado na demanda espontânea.	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento da população adscrita.

Fonte: Andrade; Barreto; Fonseca; Harzhein (2004)

<sup>19</sup> Necessidades de saúde podem ser relacionadas as boas condições de saúde; ser alguém singular com direito à diferença; garantia do acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe; de autonomia e autocuidado na escolha de “andar a vida”(MERHY, 2007, p.21).

A implantação das ESF vem acompanhada de novas responsabilidades, principalmente pela transferência de responsabilidades de saúde para o nível local, pela nova forma de atuação da equipe de saúde, que extrapola a tradicional resposta às demandas de saúde e passam a planejar suas ações de forma articulada com novos atores, lideranças e comunidade em busca de transformação da realidade social local. O que reflete em maior consciência e participação social dos membros da comunidade nos processos decisórios de saúde, dando potencialidade ao controle social. (ANDRADE, 2007)

Trouxe consigo importantes impactos nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, particularmente nos princípios organizativos do SUS, de universalidade, descentralização, integralidade e controle social.

Quadro 2- Impacto da ESF sob algumas das dimensões organizativas do SUS

<b>DIMENSÃO ORGANIZATIVA</b>	<b>IMPACTO</b>
Descentralização	Transferência de autoridade de gestão administrativa/orçamentária ao município. Transferência direta e estável de recursos federais para o financiamento da ESF. Delegação de responsabilidade primária sob a saúde dos cidadãos (planejamento das ações, implementação das mesmas e avaliação/monitoramento) ao poder público local. Ganho de autonomia nas decisões de saúde relativas aos municípios pelos profissionais de saúde locais.
Integralidade	Houve necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundárias e terciária quando a ESF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado. A própria tendência de se buscar a interdisciplinaridade nas equipes da ESF contribuiu para o início do processo de aplicação do princípio da integralidade.
Controle Social	Maior consciência das condições de saúde e participação comunitária nas decisões de relevância social. Comportamento regulador mais pró ativo nos conselhos municipais de saúde, muitas vezes estimulado pelas próprias equipes saúde da família. Algumas experiências de planejamento e avaliação participativos.

Fonte: Andrade, 2007.

No entanto, a ESF foi gestada num cenário repleto de contradições, de um lado o cumprimento do caráter universal, equânime, integral e democrático dos preceitos do SUS e de outro é tensionado pela necessidade de contenção de gastos públicos, a racionalização de serviços, as determinações do Banco Mundial.



Assim, a ESF, de forma ambígua, contempla os princípios do SUS e se propõe a ampliar o acesso à política de saúde, na medida em que se constitui como porta de entrada aos serviços de saúde na perspectiva da integralidade, contudo, segue a tendência à focalização, e precarização pela racionalização da oferta e dos recursos, que reflete na operacionalização da atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária.

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

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

A expansão da ESF pode ser confirmada pelos dados do Ministério de Saúde: em 1994, quando iniciou como PSF, havia 55 municípios brasileiros com equipes saúde da família; em 2001, o número subiu para 3.684 municípios; em 2005, o número passou para 4.986 municípios; em abril 2011, são 5.279 municípios com equipes de saúde da família (SIAB, 2011).

Destarte é uma decisão política muito importante aderir a ESF, entretanto transformar esta decisão em atenção à saúde de caráter universal, equânime, integral, depende da capacidade resolutiva de cada município, suas condições de financiamento, levando em conta os níveis de atenção, as tecnologias necessárias e disponíveis, além de uma equipe equipada e preparada, dentre outros.

A equipe é composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando equipe ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e técnico de saúde bucal. A atuação da equipe ocorre, principalmente, na unidade básica de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, quatro (4) mil habitantes, sendo a média recomendada de três (3) mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

O Ministério de Saúde deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, porém o financiamento diz respeito somente à equipe básica, ficando a cargo dos Municípios o custeio desses outros profissionais.

Desde sua criação trabalha na perspectiva da equipe mínima, contudo, o conceito ampliado de saúde é indicativo de que as ações de saúde devem desenvolver-se de forma interdisciplinar para garantir a atenção a todas as necessidades dos usuários, pela sua complexidade, são catorze profissões que compõem a área da saúde, e destas, somente medicina, enfermagem e odontologia compõem a equipe da estratégia.

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

A ESF sendo a porta de entrada de todo sistema de saúde carece de uma equipe diversificada que se responsabilize pelos problemas de saúde dos usuários de uma determinada área de abrangência. As equipes podem variar conforme as realidades locais, a oferta dos serviços, mas devem gradativamente ampliar sua capacidade resolutive das ações em saúde, incorporando outros profissionais, a fim de que possam responder pelo acesso, necessidades e resultados de saúde, e para tal deverão articular suas ações em outros níveis como o secundário e o terciário.

Contudo, na tentativa de atender os pressupostos da Política Nacional da Atenção Básica, pelo fortalecimento da Estratégia Saúde da Família dentre outras políticas de promoção à saúde, e contemplar a integralidade nos níveis de atenção a saúde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Quando implantado em 2008, havia 02 municípios no Brasil com NASF; em 2011, o número de municípios passou para 894; em 2008 existiam 3 NASF e em 2011, 1371 NASF, implantados no Brasil (SIAB, 2011).

De acordo com o Art. 1º da referida portaria faz-se referência de que o NASF tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Já o Art. 2º Estabelece que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008)

Um NASF atende várias equipes da família de um município, como apoio, e é composto por profissionais como: médicos ginecologistas, pediatras, psiquiatras, acupunturista, homeopatas, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educação física, psicologia, assistentes sociais, nutricionista, psiquiatras, fonoaudiólogos. A escolha dos profissionais se dá pelo gestor municipal de acordo com as necessidades e prioridades locais e a disponibilidades de profissionais de cada área nos municípios (BRASIL, 2008).

Os NASFs se classificam em duas modalidades, sendo NASF 1, devendo ser composto por no mínimo cinco profissionais de nível superior, e NASF 2, por no mínimo três profissionais de nível superior.

Importante salientar que o NASF não se configura como porta de entrada no sistema de saúde, e deve atuar nos horários de trabalho e carga horária iguais aos profissionais da ESF, integrado à rede de serviços dos municípios, e em conjunto as Estratégias Saúde da Família. Traz a prática do encaminhamento como fundamental para articular a rede de referência e contra-referência em saúde, daí a importância da intersetorialidade.

Todas as políticas sociais devem se articular e complementar, operando numa rede de referência e a contra-referência interna e externa. A intersetorialidade não é de exclusividade de determinada política, mas de todas aquelas que possuem a leitura integral e integradora de necessidades sociais, é objeto e objetivo das políticas sociais (SPOSATI, 2001).

O NASF, como núcleo de apoio, não poderia trabalhar de forma precarizada, pois atende várias equipes de um mesmo município, deve trabalhar a saúde em sua dimensão ampliada, de forma coletiva e recíproca envolvendo outras áreas de saber, a fim de corresponder à demanda posta pela realidade social e assim, cumprir com os quesitos da interdisciplinaridade e a intersetorialidade como condição para a garantia da integralidade.

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

Assim, a interdisciplinaridade é um desafio que se coloca no trabalho com a ESF, principalmente com profissionais que, além de conhecerem aspectos epidemiológicos, também entendam do social e possam problematizar as questões levantadas nas equipes no sentido de contribuir na troca de saberes e experiências, explorando os espaços que contemplem a saúde e a qualidade de vida dos usuários. Para tal, é preciso construir coletivamente e não se restringir à execução das atividades imediatistas, burocráticas e pontuais, com o planejamento, discussão,

reflexão sobre as necessidades de saúde dos usuários envolvendo a comunidade, visando à integralidade do sistema de saúde.

A intersectorialidade, para além de articular o setor de saúde com outros setores tem seu significado na construção do saber, constituindo a possibilidade de síntese, dada pelo diálogo, sem anular a singularidade do fazer setorial, mas reconhecendo seus domínios temáticos, assim como a interdisciplinaridade (MENDES, 1996).

Como a ESF é desenvolvida em nível local, fica vulnerável à estrutura econômica do município, que acaba por atender à demanda de saúde dos usuários que procuram os serviços de saúde, “comprovadamente pobres”, constituindo-se uma maneira perversa de incluir os que não podem pagar pelos serviços. Em consequência, os que podem pagar pelos serviços acabam por ser discriminados, contrapondo-se a lógica universalizante. Na focalização “tem-se a idéia de que os gastos e serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigidos exclusivamente aos pobres” (SOARES, 2000, p.79). Diferenciam-se desta realidade os municípios que atendem a totalidade dos usuários, em que a Estratégia Saúde de Família configura-se como o único modelo de atendimento de saúde do município, ou seja, não apenas a porta de entrada, mas o próprio sistema.

Ademais, com todas suas lacunas, a ESF avançou no sentido de democratizar o acesso aos serviços de saúde e contribuiu na articulação do controle social e no processo de descentralização, uma vez que serviu como mecanismo de pressão para a adequação dos municípios à NOB 1/96, mas não conseguiu dar conta da demanda para qual foi criado; ao contrário, tem sido uma área que enfrenta vários problemas,

Na medida em que trabalha na perspectiva da atenção integral à saúde, privilegiando a atenção de saúde em nível primário, pode atingir alta resolutividade, reduzindo muito o fluxo nos ambulatórios e nos hospitais. Portanto, apresenta-se “[...] lógico e racional, na linha do princípio de custo-benefício, da racionalidade do sistema de saúde e da filosofia do mercado, mas, em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir mais a uma necessidade compensatória, de baixo custo [...]” (TEIXEIRA, 2001, p.238).

Num sistema fragmentado ocorrem dificuldades nos mecanismos de referência e contra-referência e falta atendimento quando os usuários necessitam,

diminuindo a resolutividade da ESF. A ESF pode funcionar bem num sistema integrado de saúde, que pressupõe a interligação dos níveis de atenção secundária e terciária em saúde para casos de média e alta complexidade, que necessitam do apoio diagnóstico e assistência farmacêutica.

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

Importante destacar que a luta pela saúde no Brasil sempre foi um processo árduo, que envolveu interesses econômicos do setor privado, como a Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica. Assim como as demais políticas sociais brasileiras, a saúde é produto de uma correlação de forças desfavorável, com orientação conservadora que resulta na contraditória convivência entre a universalização e a seletividade, com suporte do setor privado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Essas características levam a fragmentação, a focalização e a precarização dos serviços ofertados pela diminuição do financiamento por parte do Estado devido à subordinação lógica econômica, pois o direito à saúde passou a ser uma mercadoria comprada no mercado, por quem pode pagar.

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

## 2.5 A INTEGRALIDADE E A FAMÍLIA:

Chama-se a atenção que tanto o Programa Saúde da Família (PSF), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) possuem em comum a centralidade da família para a assistência à saúde, alegam trazer a saúde para mais perto da família e da comunidade, com isto melhorando as condições de vida da população.

A discussão sobre a importância da família nas políticas sociais não é algo recente, mas a centralidade da família ganha forte expressão, particularmente nas políticas da educação, saúde e assistência social, nas últimas décadas.

No Brasil, a partir da década de 1990, como já apontado, dois projetos disputam na área da saúde, a saber, o privatista e o da reforma sanitária, como reflexo dos projetos políticos, em disputa na sociedade brasileira. Coloca em xeque a proteção social, tensionada de um lado pela afirmação dos preceitos da Constituição Federal de 1988, da universalização e democratização dos direitos e de outro a retração do Estado. A família passa a ocupar um espaço importante na gestão e execução das políticas públicas, no confronto entre os dois projetos, tanto para manter o caráter de universalidade, quanto naquelas de caráter focalizado (MIOTO, 2008).

A família ganha *locus* privilegiado no contexto da crise econômica, da globalização, da reestruturação produtiva e de mudanças na regulação estatal. De um lado, o avanço do Estado Mínimo, que reflete na perda do protagonismo do Estado na provisão de bens e serviços, das políticas sociais. De outro, a abertura para o mercado e o terceiro setor, a privatização das políticas sociais, tendo em vista, a falência do Estado em desenvolver a proteção social e a solução é diminuir a dependência das famílias do Estado e redescobrir a autonomia familiar (MIOTO, 2008), ou seja, a família tem sido chamada para atender esta demanda, mas não tem sido preparada para tal.

Parte-se do pressuposto de que as famílias possuem maiores possibilidades em produzir cuidados e proteção social, é o espaço da sobrevivência, do afeto e da socialização. Contudo, se é lugar de afeto, também pode ser do desafeto, do conflito e da violência, para tal a necessidade do olhar atendo as suas mudanças. É inegável a existência dos aspectos perversos da institucionalização e isolamento

social dos portadores de sofrimento psíquico na política de saúde mental dos últimos anos, que teve na família uma tentativa de superar as instituições e processos de exclusão social

A centralidade na família tem como foco principal o fortalecimento e apoio a essas famílias, para que possam ter condições de promover cuidados e proteger, e assim garantir o enfrentamento de suas necessidades sociais. As ações podem tanto resultar em “melhoria de suas condições sociais, como sobrecarregar as famílias e pressionar ainda mais, exigindo que assumam novas responsabilidades diante do Estado e sociedade civil” (COUTO, 2010, p.54). Assim, o Estado pode se eximir da sua responsabilidade de proteção social e transfere para a família problemas e conflitos de ordem da produção, pela condição de ser o espaço de proteção social, tendo em vista seu valor afetivo e sua capacidade de suprir suas necessidades e acessar bens e serviços, pela forma que se organiza com seus membros.

O trabalho com as famílias fundamenta-se a partir do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, que afirma que a “família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado”. Na LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social (Lei n. 8.742-93), no ECA, no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Assistência Social (2004), a família é o *locus* natural de proteção e inclusão social na busca da garantia do acesso aos direitos de seus membros.

Embora exista o reconhecimento da família na vida social, há uma tendência de ocorrerem processos de culpabilização e desproteção das famílias no Brasil, principalmente as mais empobrecidas, em situação de risco pessoal e social. Faz-se presente o discurso de “famílias desestruturadas e incapazes de aproveitar as oportunidades que lhe são oferecidas pela sociedade e pelo Estado para resolverem seus problemas com seus próprios recursos” (COUTO, 2010). As famílias pobres são definidas como desestruturadas, tidas como incapazes de cuidar e prover os meios de subsistência de seus filhos, em virtude de uma concepção conservadora de família “idealizada”.

Neste sentido, a família passa a ser vista como o primeiro espaço de proteção, socialização e de referência do indivíduo e deve ter o apoio da sociedade e do Estado na resolução de dificuldades pessoais, sociais e econômicas. Para que a família cumpra suas funções de cuidados, prevenção, proteção e socialização de



seus membros; como referência aos valores morais, de vínculos afetivos, sociais e comunitários; formadora de identidades e vínculos relacionais de pertencimento; capacidade de promover melhor qualidade de vida a seus membros necessita de atenção especial do Estado. Pois,

[...] no exercício da função protetiva da família exige condições materiais e espirituais, exige capacidade de ter esperança restaurada. E a família só poderá oferecer essas condições se estiver atendida nas suas necessidades sociais básicas. (COUTO, 2010, p.56)

Assim, as bases para desenvolver seu protagonismo, superar suas vulnerabilidades sociais, por meio do fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e societários, incluindo-as na comunidade, na sociedade em que vivem, devem alicerçar-se em políticas sociais públicas alcançáveis.

Daí a importância e a necessidade da Estratégia Saúde da Família conceber a família para além das pessoas cadastradas no mesmo domicílio, seus problemas sanitários, doenças crônicas ou não, e considerar sua realidade social, conhecer as mudanças por que passam as famílias no país, tanto no que refere-se a sua composição, tamanho, dinâmica familiar como sua organização, papéis, classe social que pertencem, estratégias de sobrevivência e redes de solidariedade que acessam. E desta forma, promover e prevenir a saúde a partir da abordagem com as famílias e as comunidades, mas até que ponto as equipes da Estratégia Saúde da Família, e do NASF estão preparados para compreender essa orientação?

Com a reestruturação produtiva ocorreu um processo de “heterogeneização”, “fragmentação e complexificação” da classe trabalhadora, em razão do crescimento do trabalho terceirizado, precário e parcial; a desregulamentação e desproteção das relações trabalhistas; o aumento do trabalho feminino e juvenescimento; a presença de um grupo de pessoas qualificadas com melhores funções e salários e um grupo de pessoas desqualificadas, subcontradas, temporárias e, ainda, um mercado formal e informal (ANTUNES, 2006); o aumento do desemprego, diminuição dos postos de trabalho, tem-se o agravamento da questão social, e mudanças significativas no contexto familiar.

As mulheres passam a ocupar cargos antes ocupados pela figura do chefe da família, o homem. Os aspectos culturais da sociedade brasileira modificam-se tendo em vista o avanço das transformações societárias e novos arranjos familiares

surgem para acompanhar todo este processo. Assim, as famílias passam por transformações no decorrer dos tempos, criando novos códigos de sociabilidade, novos modos de vida, novas relações de gênero e gerações. Destarte, a família não pode mais ser compreendida no contexto do casamento, da família nuclear “ideal, estruturada, regular”, as mudanças foram tantas que não é mais possível manterem um padrão de família idealizado, adequado.

Deve ser compreendida como uma associação de pessoas que convivem por razões afetivas e responsabilidades no cuidado mútuo com crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência. As famílias pobres, com suas singularidades, além das diversas características de formação, apresentam também uma configuração de rede de relações, de solidariedade que se constitui em recursos materiais e afetivos a partir do enfrentamento de suas vulnerabilidades sociais.

As dificuldades enfrentadas para a realização dos papéis familiares no núcleo conjugal, diante de uniões instáveis e empregos incertos, desencadeiam arranjos que envolvem a rede de parentesco como um todo, fim de viabilizar a existência da família (SARTI, 2008, p.29).

Desta forma, a responsabilidade da família é partilhada com outras mulheres da rede de parentesco, da rede familiar como a figura das avós que tem seu reconhecimento no cuidado com os netos e na mediação dos conflitos entre filhos e netos, como a provisão dos bens materiais, ou seja, os papéis de mãe, esposa, donas de casa são transferidos para dentro ou fora da unidade doméstica (VITALE, 2008). Os papéis femininos e masculinos no núcleo familiar são transferidos para outros componentes da unidade familiar como uma estratégia de mobilização da rede familiar. A mãe tem papel fundamental na família, mas não significa sua “centralidade na família”, mas o cumprimento de seu papel de gênero, na manutenção da unidade familiar, complementado pelo papel masculino, que na ausência de pai/marido é deslocado para outros homens da família. Então a “centralidade não está na mãe ou no pai e sim no par feminino e masculino” (SARTI, 2008, p.30).

As famílias monoparentais compreendidas pela presença de um dos progenitores com seus filhos ainda não adultos (VITALE, 2008) são objetos de intervenção das políticas sociais, particularmente famílias chefiadas por mulheres,

pois existe uma relação entre monoparentalidade e pobreza. Na maioria são famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, devido à mulher encontrar-se em situação de desvantagem, pela sua condição de acúmulo de papéis, provedora, cuidados com os filhos e a casa. Contudo, carregam em si o estigma de “menos capazes” para cuidar de suas famílias ou administrá-las sem um homem” (VITALE, 2002, p.51).

É fundamental compreender os modos de vida das famílias perpassam condições sociais e históricas, o que cria novas configurações. A situação de pobreza cresce e acarreta, portanto, a criação de estratégias de enfrentamento e de satisfação das necessidades sociais básicas dos indivíduos (SZYMANSKI, 2002, p. 20).

Assim, o trabalho com famílias implica no reconhecimento de perda de referências rígidas que se refere a esta, na necessidade de romper com o modelo tradicional, idealizado e naturalizado de família e buscar uma definição que não anteceda a realidade, que permita perceber como a família constrói sua própria história, isso “requer a abertura para uma escuta que permita identificar os pontos de vulnerabilidades e os recursos disponíveis (SARTI, 2008, p. 26).

Ressalta-se a necessidade da intersetorialidade para a garantia da integralidade na atenção à saúde, pela articulação da política de saúde com a política de assistência social, que se ocupa em atender aos sujeitos e/ou famílias que não têm acesso aos direitos ou os tiveram violados, que apresentem situações materiais e/ou subjetivas, que independam de sua responsabilidade individual, decorrentes da pobreza, das desigualdades sociais, da própria sociedade capitalista, em última instância. Assim, é fundamental trabalhar para o fortalecimento e autonomia das famílias em situação de vulnerabilidade e exclusão social, seja pela vivência da situação de privação de renda e de sustentabilidade, como pela privação de recursos necessários para desempenharem seus papéis e participarem na sociedade em que vivem.

Um dos grandes desafios no trabalho com as famílias é compreender os novos arranjos familiares contemporâneos, famílias das mais diversas formas de composição, novos núcleos familiares que já passaram por separações e novos casamentos, aumentando a rede de parentescos, famílias chefiadas por mulheres, por avós, famílias monoparentais, temporárias. Que permita dialogar para identificar

dificuldades e possibilidades, experiências de vida, bem como os recursos disponíveis, pois são várias as formas de inserção das famílias no mercado de trabalho, os rendimentos auferidos, as condições de vida e de moradia como também do acesso aos serviços públicos e as políticas sociais (CARVALHO, 2000).

O trabalho com famílias é um desafio que se coloca no contexto do SUAS, SUS e demais políticas, pois é notável os programas que tem sido destinado a elas. Tem se tornado uma preocupação para os trabalhadores que trabalham na área, no entanto as metodologias de atendimento às famílias necessitam ser revistas, apesar de todos os avanços teóricos sobre a compreensão desta temática, o padrão burguês continua a pautar a forma de compreender a tarefa de atender as famílias (COUTO, 2010), a fim de que se materializem no seu cotidiano ganhos efetivos que possam transformar a realidade a que estão submetidas. Para tal, há necessidade de

‘Conhecer a família da qual se fala e para a qual muitas vezes dirigimos nossa prática profissional é muito importante; também é imprescindível compreender sua inserção social e o papel que a ela está sendo destinado; e, da mesma forma, é necessária a mobilização de recursos da esfera pública, visando implementação de políticas públicas de caráter universalista que assegurem proteção social; entretanto, o mais fundamental é que o indivíduo e sua família tenham efetivas condições para prover sua autonomia, sejam respeitados em seus direitos civis e sociais ( acesso `a educação, à saúde, `a justiça e ao trabalho) e contém a possibilidade de elevação do nível de qualidade de vida, aspectos estes inerentes à construção da cidadania. (GUEIROS, 2002, p.110-120)

Nesse sentido, as equipes saúde da família devem ser preparadas para trabalhar com as famílias, para além dos conhecimentos necessários da epidemiologia, mas entender do social, de processos educativos em saúde, do estabelecimento de vínculos de confiança, afetivos e habilidades de convivência. Ademais, um olhar atendo as famílias monoparentais ou pessoas que moram sozinhas que são mais vulneráveis as dificuldades econômicas e ao adoecimento. A questão da violência, da drogadição, da gravidez precoce, perpassa o cotidiano das famílias das ESFs, então para além de mapear o território, os recursos disponíveis. E, a necessidade de conhecer as particularidades das famílias, suas relações familiares, redes de solidariedade, relações de vizinhança, redes de suporte ao enfrentamento de suas vulnerabilidades (MARSIGLIA, 2008). Também precisam ter condições de atender suas necessidades de saúde, na perspectiva integral. Levar

em consideração que se algum integrante precisa de assistência, ou está doente, a família está, e carece de atenção, ou seja, perceber o indivíduo não de forma isolada, mas no seu contexto familiar.

Assim, independente do arranjo familiar, a família é o espaço indispensável para sobrevivência e proteção integral de seus membros. Ela oferece o desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade, tem papel importante na formação e educação, em seu espaço são construídos os valores morais, éticos, laços de solidariedade, onde se constroem a identidade, e ficam as marcas entre as gerações e seus valores culturais (FERRARI; KALOUSTIAN, 2000).

O desafio remete as políticas sociais desenvolverem a proteção social, de caráter universal e democrático, e os trabalhadores que atuam na área, pensar e planejar suas práticas levando em conta, a família na perspectiva da integralidade, com suas singularidades, mas como parte de uma coletividade. Isso pressupõe que sejam revistas velhas concepções e práticas centradas no conservadorismo moral e na culpabilização das famílias, propondo alternativas para a superação destas, em prol da construção de práticas que impulsionem a cidadania, a autonomia e a transformação da sociedade, pelo fortalecimento da coletividade, dos movimentos sociais e do controle social.

## 2.6. AS CONCEPÇÕES E OS SENTIDOS DA INTEGRALIDADE:

A integralidade é veemente defendida e difícil de materializar-se na vida dos sujeitos, além de constituir-se em um dos princípios do SUS, reafirmado no Pacto pela Saúde (2006) e no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; é um valor que deve ser perseguido.

Antes de tudo, a integralidade remete a um dos princípios do SUS, postulado na Lei 8.080/90, artigo 7- inciso II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Portanto, pressupõe considerar as diversas dimensões do processo saúde- doença, que afetam os indivíduos e as coletividades e que supõe atenção continuada visando garantir a promoção, a proteção, a cura e reabilitação, envolve

uma diversidade de ações e serviços desde a imunização até a reabilitação, além da promoção da saúde de caráter intersectorial (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Contudo, as dimensões do processo saúde- doença ultrapassa o setor saúde que incide no perfil epidemiológico, pela forma de inserção socioeconômica de indivíduos e grupos sociais na estrutura produtiva de um país e no modo de vida. A inserção produtiva remete para o mercado de trabalho, às condições de trabalho e de vida, a realização dos processos de trabalho, que reflete nos indicadores de saúde. O modo de vida está relacionado com a renda auferida pelo trabalho, o que lhe dá condições materiais de sobrevivência e, com o estilo de vida que corresponde às formas culturais e sociais vivenciadas no cotidiano (BARATA, 2007).

Entretanto, essas condições não refletem apenas, aos aspectos relacionados ao poder aquisitivo individual, mas também as formas coletivas, de suprir as necessidades básicas de sobrevivência, pelo alcance das políticas sociais públicas e de responsabilidade do Estado.

Além disso, remete para as desigualdades sociais de saúde, compreendidas tanto pelas diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos na esfera da produção, como as que se referem à oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2007).

Para reduzir as desigualdades sociais de saúde é fundamental o princípio de equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, que traduz em igualdade. Em outros termos, justifica a prioridade no atendimento a população que apresenta maior risco em adoecer como resultante das condições precárias de vida, pela má distribuição de renda, bens e serviços. A equidade também traz a idéia de necessidade, parte do princípio que os indivíduos possuem diferentes necessidades, que precisam ser atendidas nas suas particularidades (BARATA, 2007).

A integralidade da atenção à saúde pressupõe levar em conta as desigualdades sociais em saúde, que são produtos de determinações sociais e mediações entre diferentes dimensões da vida social, devem ser enfrentadas com equidade, impensável sem a universalidade no acesso garantida. Nesse sentido, integralidade, equidade e universalidade se constituem num tríptico entrelaçado, que expressa o ideário da Reforma Sanitária, o direito à saúde, como direito de todos, e a superação de injustiças, o direito a cidadania (CECÍLIO, 2006).

Então, a integralidade “tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale à pena lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2006, p 41).

Para além dessa concepção, importa destacar três sentidos da integralidade: expresso nas boas práticas de saúde, no modo de organizar os serviços de saúde e as políticas de saúde, ou seja, a forma governamental de responder aos problemas de saúde de uma população. (MATTOS, 2006).

O sentido das boas práticas faz a crítica à medicina integral, ao modelo hegemônico de saúde, centrado na doença e no profissional médico. Coloca-se em oposição às práticas fragmentadas, e vai ao encontro da prática de todos os profissionais de saúde, que remete a necessidade de perceber o usuário, para além da doença, dor e sofrimento, e compreender o conjunto de necessidades que se colocam por trás da queixa aparente. Uma prática que possibilite a realização de atitudes preventivas, de mudanças de hábitos, comportamentos, modo de vida para evitar o adoecimento.

As boas práticas dos profissionais de saúde estão relacionadas com a forma que cada profissional se relaciona com os usuários dos serviços, independente de SUS ou não, para atender as necessidades de saúde. Cada profissional deve estar comprometido de atender da melhor forma possível, com atenção integral, no qual o vínculo com o usuário é fundamental para a promoção do cuidado em saúde. Integralidade, na abordagem de cada profissional, como fruto de um trabalho solidário da equipe multiprofissional, com múltiplos saberes e práticas. (CECÍLIO, 2006). Do mesmo modo, usar adequadamente a técnica, o conhecimento para a prevenção e controle de doenças, mas levando em conta as necessidades dos usuários, percebendo-os em seu contexto, sua família e comunidade, para além da morbidade em saúde.

O sentido do modo de organizar os serviços teve sua origem na crítica à dicotomia das práticas de saúde pública e das práticas que buscavam superar os programas verticais pela unificação dos prontuários nas Unidades de Saúde, no intuito de atender as necessidades de saúde de forma horizontal, independente dos programas de saúde, a que pertenciam (MATTOS, 2006).

O modo como organizar os serviços em saúde, diz respeito aos processos de trabalho nos serviços de saúde, as maneiras de organizar o trabalho de modo,

que atenda as necessidades de saúde dos usuários, articulando a demanda espontânea e a demanda programada, a fim de elevar a efetividade dos serviços em seus aspectos epidemiológicos. Contudo aberto a acolher novas necessidades em saúde, numa busca contínua de ampliar possibilidades de intervenção, que não se reduza ao perfil epidemiológico (MATTOS, 2006).

Cabe aproveitar a demanda espontânea para identificar fatores de risco e desenvolver ações de prevenção para toda coletividade, uma comunidade. Ainda, perceber a demanda espontânea como uma forma de expressão de outras necessidades, para além do processo saúde- doença, como expressão das vulnerabilidades sociais. Que resulte na ampliação da apreensão da realidade social dos usuários, a fim de planejar e reprogramar as ações e serviços na própria unidade de saúde e na comunidade. Assim, pensar integralidade ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não, pois a melhoria das condições de vida é esforço intersetorial (CECÍLIO, 2006). Para tal, é necessário estabelecer o diálogo entre os diferentes sujeitos : usuários, equipe, comunidade a fim de estabelecer referências e vínculos, para que os mesmos expressem suas necessidades, construindo assim, forma diferenciada e participativa de organizar os processos de trabalho em saúde.

Uma questão que se evidencia, diz respeito ao envolvimento dos usuários dos serviços de saúde, em relação a seu papel para contribuir com a formação do profissional, como para planejar processos de trabalho, em virtude das demandas e necessidades de saúde, que nem sempre são atendidas. Por necessidades de saúde, compreende as que dizem respeito “as boas condições de saúde, das necessidades do acesso e de consumo de certas tecnologias capazes de melhorar ou prolongar a vida” (MATTOS, 2006)

Nesse sentido, a participação deve ser pensada como um exercício de cidadania, como condição, os usuários precisam ser ouvidos sobre suas condições de vida. Reconhecerem-se como cidadãos de direitos, exercendo o controle social, refletindo acerca dos limites e possibilidades das ações, serviços e política de saúde.

E, o terceiro sentido, diz respeito as políticas específicas especiais, que são as respostas governamentais para determinadas necessidades de saúde, de determinadas populações e ou usuários. Diz respeito a oferecer meios para



realização de diagnósticos, prestando assistência à saúde e também incorporando meios de prevenção. Procurando, assim, superar formas reducionistas e focalizadas de atender as necessidades de saúde e percebê-las numa visão ampliada que considera os outros fatores determinantes do processo saúde-doença.

Necessita de respostas governamentais coerentes que possibilite o acesso a tecnologias que prolonguem a vida, que incorpore ações voltadas para a prevenção e também assistência à saúde. A necessidade de criar redes de referência e contra-referência para articular os diferentes níveis de atenção à saúde, que envolve o setor público e privado, direcionado a universalização do acesso, e não uma “política reduzida para pobre”. Uma política séria, capaz de garantir a integralidade no sistema de saúde, desde o acesso a porta de entrada até os serviços de média e alta complexidade, com acesso as tecnologias necessárias.

Entretanto, a integralidade retomada em seus três sentidos, como orientadora das práticas, da organização do trabalho e da organização das políticas, requer a recusa ao reducionismo dos profissionais que cuidam das doenças e não dos sujeitos; dos modos de organizar os serviços que percebem necessidades subjetivas como reais, e se fecham as aspirações de outros sujeitos; formuladores de políticas que concebem os sujeitos como alvo de suas intervenções. Nesse sentido, a integralidade somente será possível quando se estabelecer uma relação entre sujeitos de forma aberta ao diálogo com o outro (MATTOS, 2006).

Nessa direção, o cuidado em saúde concebido como uma ação integral que se orienta pelos outros, atendimento humanizado [...] com efeitos e repercussões entre usuários, profissionais e instituições e se traduzem em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 21). Assim, a integralidade passa a ser compreendida como um [...] dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p. 21).

Entretanto, esses espaços são marcados de conflitos e contradições, envolve interesses antagônicos, mas que precisam ser enfrentados no cotidiano para que a integralidade como “princípio de direito: direito universal ao atendimento das necessidades de saúde” (MATTOS, 2006) se efetive. Valor, pelo qual, vale a pena lutar!

Porém, para produzir cuidado em saúde é necessário, além do atendimento humanizado, o consumo de tecnologias capazes de prolongar a vida, a partir da criação de um ambiente de conforto e segurança, que atenda o usuário em suas necessidades, resultando na integralidade do cuidado, que só pode ser obtida por meio de um trabalho em rede (CECÍLIO; MERHY, 2003)

Nesse sentido, o cuidado em saúde envolve a necessidade de interação entre diferentes setores, políticas, níveis de atenção e trabalhadores de saúde. O cuidado não é de responsabilidade de uma profissão, mas de várias, dentre elas o Serviço Social, que se insere em uma equipe interdisciplinar. Dessa forma, o próximo capítulo pretende dar visibilidade do trabalho do assistente social e sua relação com a integralidade.

### 3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E A INTEGRALIDADE

Neste capítulo reflete-se sobre como se alicerça hoje o debate sobre os processos de trabalho, nos quais está inserido o Assistente Social. Para tanto, é primeiramente necessário definir a concepção de trabalho que embasa as reflexões e análises realizadas, concepção esta considerada como central, para compreender as configurações do trabalho como resultante das mudanças do mundo do trabalho e, nesta perspectiva, refletir sobre a inserção do Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Para tanto, busca-se contextualizar o Serviço Social enquanto profissão, que nasce e se desenvolve num cenário marcado pelas desigualdades sociais, gestadas pela sociedade capitalista, de interesses contraditórios tendo em vista a relação capital e trabalho. As contradições deste processo se apresentam nos diferentes espaços, problematiza-se neste capítulo o trabalho do assistente social no âmbito da saúde, e os desafios postos ao trabalhador assistente social para a garantia da integralidade

#### 3.1 O TRABALHO E O MUNDO DO TRABALHO

Refletir acerca da categoria trabalho remete primeiramente para a compreensão de sua centralidade na sociedade e, de suas transformações decorrentes das mudanças no mundo do trabalho. Entretanto, reafirma-se que ele não perdeu seu significado, sua centralidade, ao contrário, numa sociedade produtora de mercadorias, o trabalho é condição para a produção e acumulação de riqueza. Dessa forma, parte-se do pressuposto de que o trabalho é considerado como “centralidade na vida do ser enquanto valor social”, estando em “crise devido a suas metamorfoses”, mas não do seu fim, uma vez que o capital depende, do trabalho para reproduzir-se. (ANTUNES, 2006).

O modo capitalista de produção mudou a forma de ser do trabalho dos primórdios do século XIX, assumiu novas configurações. Diminuiu sua dimensão quantitativa, pela redução do trabalho concreto<sup>20</sup>, em detrimento do trabalho

---

<sup>20</sup> Todo trabalho tem em si a dimensão concreta e abstrata, mas o trabalho concreto é o dispêndio de força humana em sua relação com outros homens e a natureza para criar valores de uso, ou seja, caráter útil das coisas necessárias (MARX, 1989, p. 49).

abstrato<sup>21</sup>; mas, não perdeu sua dimensão qualitativa, de produzir valores de uso, produtos socialmente necessários para satisfazer necessidades humanas, essenciais para a realização de seu valor de troca.

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

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

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

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

Compreende-se por processo de trabalho toda

[...] atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural da

---

<sup>21</sup> Trabalho abstrato é o dispêndio da força humana produtiva, física, intelectual para criar valores de troca (MARX, 1989, p. 50).

vida humana, sem depender, portanto de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 1989, p.208).

Nas sociedades capitalistas o processo de trabalho é também um processo de valorização, já que o essencial não é a satisfação das necessidades do trabalhador, mas a valorização do capital, a produção da mais-valia<sup>22</sup>, que é obtida pela exploração do capital sobre o trabalho, o qual passa, então, a ter um valor de uso e um valor de troca, ou seja, torna-se uma mercadoria.

Para produzir os meios de sua manutenção, “[...] no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho”. (MARX, 1989, p.205). Assim, “os elementos que compõem o processo de trabalho são: a) a atividade adequada a um fim; é o próprio trabalho; b) a matéria a que aplica o trabalho, o objeto de trabalho; c) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 1989, p.202).

O século XIX foi de suma importância para estabelecer significativas alterações no mundo do trabalho e no papel de regulação do Estado. Esse século foi responsável pela eclosão de importantes mudanças econômicas, políticas e sociais das sociedades capitalistas, que não foram isoladas e repercutiram em transformações técnicas de produção, mudanças estruturais na agricultura, nos transportes, na comunicação, nos processos de trabalho e num novo perfil de Estado; com um novo padrão de proteção social, pós-guerra mundial, o surgimento do Welfare State, das políticas sociais e também, uma nova forma de produzir (PEREIRA, 2009).

A partir daí, evidencia-se, no mundo do trabalho, três movimentos fundamentais: a primeira Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra em 1780; a segunda Revolução Industrial, sob hegemonia dos Estados Unidos, em 1913, e a terceira Revolução Industrial, no Japão, em 1975.

A primeira Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra (1780), caracterizou-se principalmente pela inserção da máquina nos processos de trabalho e produção. Foi um período das transformações “[...] tecnológicas e sociais, basicamente no setor têxtil e na introdução, em outros setores, da máquina a vapor na produção, em substituição às antigas fontes de energia até então empregadas (força manual,

---

<sup>22</sup> Mais-valia ou lucro: aquela parte do valor da mercadoria em que se incorpora o sobretrabalho, ou trabalho não remunerado. (ANTUNES, 2004).

tração animal, energia hidráulica)” (OLIVEIRA, 2003, p.76). Aos poucos, a máquina de tear foi sendo substituída pelo tear mecânico, porque até então toda a produção era artesanal, a qual passou a ser fabril e assalariada, elevando a produtividade e diminuindo os custos da produção.

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

Novas formas de organização do trabalho se fizeram presentes e surge então um novo modelo de produção e gestão de mão-de-obra, o taylorista<sup>23</sup>-fordista<sup>24</sup>, iniciado na indústria automobilística e que se estendeu a outros setores da economia. Começa a redução do trabalho concreto para a ampliação do trabalho abstrato, cuja finalidade principal é racionalizar as atividades para “[...] evitar desperdícios na produção, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo de trabalho, com isso intensificar as formas de exploração”. (ANTUNES, 2000, p.37). Em nome da concorrência baixam-se os custos, aumentando a produtividade pela intensificação dos ritmos de trabalho com vistas à acumulação, centralização e lucratividade do capital.

Esse modelo de produção e gestão de mão-de-obra possibilitou, por um lado, grande desenvolvimento econômico, acumulação capitalista e um expressivo crescimento da produtividade por meio das inovações tecnológicas de investimentos no setor industrial e consumo coletivo, melhorando o padrão de vida material dos

---

<sup>23</sup> Proposta por F.W. Taylor, a administração científica prevê o controle de tempos e movimentos de produção. Cada trabalhador deve especializar-se em uma única tarefa, pré-determinada, com uma linha rígida de produção, separando elaboração e execução, dando ênfase ao trabalho individual fragmentado em diversas unidades. O trabalho apresenta-se monótono, repetitivo, mecânico realizado pelo “operário-massa”. (ANTUNES, 2000).

<sup>24</sup> Proposto por Henry Ford, através da implantação da fábrica automobilística Ford (EUA), caracterizado como um modelo de produção que associa inovações tecnológicas e organizacionais para a produção e o consumo em massa de mercadorias. Procura a integração de setores e postos através de um sistema de esteiras rolantes, linhas de montagem, ocorrendo uma vasta mecanização no processo através da “máquina-ferramenta” Assim, tem um maior controle do tempo e movimento ditado pelas esteiras rolantes e fixação do trabalhador no seu posto de trabalho. (ANTUNES, 2000).

trabalhadores à medida que ocorria a inserção no mercado formal e conquistavam seus direitos trabalhistas sob influência das idéias keynesianas<sup>25</sup>.

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

A partir da década de 1970, o capitalismo passou a atravessar uma importante crise do padrão de acumulação capitalista, caracterizada pela crescente queda da taxa de lucro, em razão do aumento do preço da força de trabalho e das lutas sociais da década de 1960 em relação ao controle da produção. Essa crise teve repercussão mundial e está relacionada: a) pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista, originado pela incapacidade de responder à retração do consumo; b) pelo aumento da esfera financeira e sua autonomia perante o capital produtivo; c) pela crescente concentração de capitais a partir de grandes fusões; d) pela crise do “Estado do bem-estar social, provocando crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência ao capital privado; e) incremento das privatizações e tendência às desregulamentações e a flexibilização do processo de produção, da força de trabalho e dos mercados”. (ANTUNES, 2000, p. 29-30).

Como resposta à crise estrutural do capital, deu-se início à “[...] implementação de um amplo processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo produtivo, afetando fortemente o mundo do trabalho” (ANTUNES, 2000, p.36). Era a chamada de Terceira Revolução Industrial, apresentando novas tecnologias, agora no modelo toyotista de organização e gestão de mão-de-obra, que vai contra a rigidez do modelo anterior. Marca uma nova etapa

---

<sup>25</sup> Jonh Maynard Keynes defendia a “[...] idéia de que havia necessidade da intervenção do Estado através de um planejamento, para as condições de acumulação capitalista sejam restabelecidas. Implantou principalmente na Europa do pós-guerra, a proposta do Welfare State. Buscando uma intervenção no mercado produtivo e na promoção do bem-estar, a fim de diminuir as desigualdades sociais”. (COUTO, 2004, p.64).

do desenvolvimento capitalista, caracterizada pela substituição do modelo taylorista/fordista pelo toyotismo<sup>26</sup>.

Do mesmo modo, chamada de “acumulação flexível”, “Reestruturação Produtiva, na medida em que a máquina-ferramenta vai sendo substituída pela automação, robótica e microeletrônica, sob influência das ideias neoliberais”<sup>27</sup>.

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

Nesse sentido, a Reestruturação Produtiva demonstra de um lado o esgotamento do padrão de gestão e organização de trabalho taylorista-fordista, pela substituição pelo padrão toyotista, com suas características flexíveis. Por outro lado, também o esgotamento do referencial Keynesianista de intervenção estatal, pelas políticas econômicas e sociais que perderam espaço com a ascensão e o fortalecimento do neoliberalismo.

Ademais, o esgotamento do padrão keynesianista e do fordista, mostra o lado mais crítico e significativo no sentido mais profundo da crise estrutural do capital (ANTUNES, 2000). Como resultado da crise e seus movimentos para recuperar o ciclo produtivo, o mundo do trabalho vem sofrendo importantes mutações tanto na forma de produzir como na maneira de ser da classe trabalhadora, referenciada por Marx.

---

<sup>26</sup> Toyotismo proposto por Ohno, engenheiro que criou a fábrica Toyota no Japão. Ênfase na informática, robôs, produção just-in-time, trabalho polivalente, equipe flexível, novos padrões de gestão da força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), a gestão participativa, a busca da qualidade total.(ANTUNES, 2006, p.24 – 27). Ver também ANTUNES (2000, p.52-53).

<sup>27</sup> Idéias ditadas pelo “ajuste neoliberal”, enfatizando a liberdade de mercado, através da desregulamentação da economia, “[...] livre fluxo de produtos e do capital”, também questionada como “[...] desregulamentadora de direitos”.(COUTO, 2004, p.70-72).



A classe trabalhadora<sup>28</sup> no século XXI, na era da globalização, é mais fragmentada, heterogênea e diversificada. Nesse sentido, vem ocorrendo a redução drástica do conjunto de trabalhadores inseridos no mercado formal; ampliação do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado, informal; ampliação do trabalho feminino; expansão de assalariados no setor de serviços; jovens com idade de ingresso no mercado de trabalho são excluídos pela falta de emprego; adultos com mais de 40 anos são expulsos por serem considerados “idosos” pelo capital; e ainda a expansão do Terceiro Setor, como forma alternativa de ocupação, pelo trabalho voluntário (ALVES; ANTUNES, 2004). Essas, além de interferirem nos processos produtivos, alteram também a subjetividade da classe trabalhadora, pelas mudanças no ambiente de trabalho, que intencionam o enfraquecimento da classe trabalhadora pelo processo de produção individualizado e da desmobilização dos sindicatos.

Todas essas mudanças no mundo do trabalho resultaram na mundialização do capital, no desemprego estrutural, pela desregulamentação e liberalização da economia no mercado das finanças, que permitiram que o capital assumisse sua forma mais alienante: capital fetiche (IAMAMOTO, 2007). A natureza do valor de troca e, suas formas reificadas e fetichizadas, têm seu ápice no capital financeiro, que rende juros. Assume a versão dinheiro e aparece sob a forma jurídica de contrato, sem determinar seu conteúdo, mistificada pelo “preço” do capital emprestado ou como “ganho empresarial” de quem empresta. Assim, a propriedade não é cedida, nem comprada e nem vendida (IAMAMOTO, 2007).

Nesse sentido, ocorre o esvaziamento do trabalho e a plenitude do capital (IAMAMOTO, 2007), a precarização das condições de trabalho, e os mecanismos de redução dos gastos públicos, em virtude do Estado ser regulado pelo mercado, como já referido no capítulo anterior. Embora estas reflexões tenham uma dimensão macro, ou seja, compreende-se que estes impactos atinjam toda a classe trabalhadora, enfatiza-se aqui sobre o que reflete no trabalho do assistente social, pelos impactos que tem provocado na forma de organização das políticas sociais, em decorrência da escassez de recursos financeiros, que materializa a crise da garantia dos direitos sociais, em especial a política de saúde. Todos estes rebatimentos implicam no esvaziamento da integralidade, que pressupõe um

---

<sup>28</sup> Classe trabalhadora compreende-se pelo conjunto de trabalhadores, que vivem da venda de sua força de trabalho para sobreviver.

conjunto de políticas sociais fortalecidas e articuladas para dar conta de um conjunto de necessidades, que envolve diferentes áreas, o que demandaria em maiores investimentos. Assim, a forma de produzir capitalista, caracterizada pela fragmentação, heterogeneização e a individualização como características, dificulta a materialização da integralidade, pois esta supõe a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, o planejamento integrado e coletivo. Assim, o solo que permeia o que deveria ser garantido quando se busca a integralidade na saúde é repleto de tensões, contradições e desafios aos profissionais que nela atuam, dentre eles o assistente social. Nesta perspectiva, faz-se necessário compreender a contextualização do Serviço Social enquanto profissão e, com isso refletir sobre suas formas de inserção nos processos de trabalhos.

### 3.2. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

A profissão de Serviço Social está inserida na divisão social do trabalho<sup>29</sup>, que “[...] tanto especializa seu trabalho, quanto pluraliza suas necessidades, por isso mesmo, seu produto serve-lhe apenas de valor de troca”. (MARX, 1989, p.119). Revela assim, o caráter social do seu trabalho, que supre necessidades socialmente produzidas e necessárias, na Questão Social<sup>30</sup> tem a base de sua fundação, enquanto especialização do trabalho (IAMAMOTO, 2007).

Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas expressões da questão social, que se expressam pelo conjunto de desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas pelas disparidades de gênero, etnia, raça e formações regionais, colocando em causa vários segmentos da sociedade civil no acesso a bens e serviços. Atuam na tensão entre re-produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, num terreno movido de interesses distintos e

---

<sup>29</sup> Implica uma forma específica de divisão do trabalho, cuja condição fundamental é que os sujeitos criem produtos determinados pelo elemento social do valor de troca. Trata-se da divisão do trabalho de estrutura histórica determinada, na qual o indivíduo se encontra determinado pela sociedade. (IAMAMOTO, 2007, 419).

<sup>30</sup> Questão social apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] que, sendo desigualdade, também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem (IAMAMOTO, 2001, p.27 e 28)

contraditórios, que tecem a vida em sociedade, os quais se expressam na vida dos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia e pela terra, na saúde, na assistência social, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade na luta por direitos (IAMAMOTO, 2007, 160-163).

Nesse sentido, o assistente social, assume o caráter social do seu trabalho e exerce atribuições e competências profissionais, que lhe são prerrogativas e lhe garantem sua particularidade, sendo “necessário porque atua sobre questões que dizem respeito à sobrevivência social e material” da maioria da população. (IAMAMOTO, 2001).

Dentre as suas competências e atribuições, resguardadas por lei, merecem destaque:

Formulação, gestão, monitoramento, implementação e avaliação de políticas, programas e projetos sociais; estudos socioeconômicos; orientação social a indivíduos, grupos e famílias; assessorias consultorias e supervisão técnica; mobilização social e práticas educativas; instruções sociais de processos, sentenças e decisões; formulação do projeto de trabalho profissional e pesquisa; magistério, direção e supervisão acadêmica (IAMAMOTO, 2007, p.220).

Cabe ressaltar, que essas atribuições vêm sofrendo alterações na sociedade contemporânea, são resultantes das distintas inserções profissionais nos diferentes espaços ocupacionais. Dessa forma, é fundamental compreender a profissão no processo de produção e reprodução social da sociedade capitalista, que remete para reprodução de determinado modo de vida, do cotidiano, valores, idéias e práticas sociais (YASBEK, 2009).

Portanto, a profissão carece ser considerada pelo ângulo da “realidade vivida e pela consciência dos profissionais”, que se expressa no discurso sobre o exercício profissional e pelo ângulo da “atividade socialmente determinada”, que lhe imprime direção social, independente da vontade e da consciência de seus profissionais (YASBEK, 2009, p.127- 128).

Nessa perspectiva, o Serviço Social, no Brasil, surgiu como profissão na divisão social e técnica do trabalho, no período do capitalismo monopolista (1930-1970), atrelado à emergência da questão social, para mediar as relações sociais entre a burguesia e o proletariado e constituiu-se para servir aos interesses do capital:

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

Ao mesmo tempo em que servia ao capital, sua atuação também respondia aos interesses e necessidades da classe trabalhadora. Assim, o Serviço Social, enquanto profissão socialmente determinada pelo movimento da realidade social é atravessada por interesses distintos, que se desenvolvem por meio de lutas e disputas políticas e ideológicas entre classes sociais; nessa perspectiva, favorece os interesses da classe dominante que detém a hegemonia. (BARROCO, 2005). A profissão “[...] se configura e se recria no âmbito das relações entre o Estado e Sociedade, fruto de determinantes macrossociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional” (IAMAMOTO, 2002, p.19). Vai atuar na contradição da relação social capital e trabalho, no aparato estatal, de um lado expresso pela ampliação da sociedade burguesa e do outro pelas péssimas condições de vida do trabalhador. Assim, o “Serviço Social participa tanto do processo de reprodução dos interesses de preservação do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos que vivem do trabalho” (YASBEK, 2009, p.128).

Portanto, o contexto e o momento histórico em que está inserido o Serviço Social também determinam tendências éticas e históricas na profissão. Na sua origem, tendo em vista os interesses de legitimação do Estado e da Igreja Católica, fundamentado pela teoria positivista, caracterizava-se pela necessidade de manter a “ordem e o equilíbrio”, “a moral, os bons costumes e a higiene” em busca da “sociedade harmônica”; considerava os conflitos de classes como “desordem”; os valores profissionais da época eram baseados em pressupostos abstratos, imutáveis, acríticos, que buscavam o “respeito à lei de Deus”, a caridade cristã, o “bem-comum”, e o fortalecimento da “família”, constituindo o conservadorismo moral, servia ao capital, a sociedade burguesa e moralizava a pobreza. Assim foi até o Movimento de Reconceituação<sup>31</sup> (BARROCO, 2005).

---

<sup>31</sup> Para saber mais sobre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social pesquisar (Barroco, 2005; iamamoto, 1992).

O Movimento de Reconceituação, na década de 1960, surgiu pela necessidade de rever as práticas profissionais conservadoras atreladas à sociedade burguesa, mas foi potencializado pelo momento histórico da sociedade brasileira, na ditadura militar e pela intensificação dos movimentos sociais. Possibilitou o fortalecer do debate no campo profissional de recusa e crítica ao conservadorismo, envolvendo sujeitos individuais e coletivos, que dão a base para construção no Serviço Social do projeto profissional. Além de posturas firmadas numa visão transformadora, conviviam em disputa leituras modernizadoras na profissão.

Esse debate ganhou ainda mais força no período da redemocratização do país, a partir da década de 1980, num contexto de efervescência de movimentos sociais e lutas por direitos sociais, quando se desenhou as bases para o novo projeto profissional, denominado projeto ético-político. É importante salientar que os projetos profissionais são entendidos como aqueles que

apresentam a auto-imagem de uma da profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2006, p. 144).

Historicamente, a construção do projeto ético-político tem suas bases na década de 1960, avança na década de 1980 e se consolida em 1990. Portanto, deve ser compreendido como um processo em movimento, que foi gerado num contexto sócio-histórico contraditório, de disputa entre projetos societários e profissionais. Fazem partes desse processo importantes encontros regionais da profissão que se consolidaram em documentos com destaque Araxá, Teresópolis e Sumaré<sup>32</sup>. Tais eventos consubstanciados em documentos se propunham a estudar a teorização e metodologia do Serviço Social e explicitaram o projeto em disputa e os valores que orientam o debate profissional materializado nos documentos do projeto ético-político.

Além desses importantes encontros, destaca-se o amadurecimento profissional dos assistentes sociais, a partir dos anos de 1980, com o surgimento

---

<sup>32</sup> Para aprofundar, ver Netto (1998).

dos cursos de pós-graduação, mestrados e doutorados. É nos espaços da pós-graduação “[...] que se consolida a produção de conhecimentos a partir da área do Serviço Social-então o corpo profissional começou a operar sua acumulação teórica” (NETTO, 2006, p.151). Do mesmo modo, a década de 1980 é compreendida como a de maioridade acadêmica dos assistentes sociais, representada pelo crescimento do mercado editorial e por inúmeras produções acadêmicas, que possibilitaram o debate e a interlocução teórica com outras áreas. Ademais, a categoria passou a ser reconhecida como pesquisadora e admitida nas agências de fomento (IAMAMOTO, 2001).

Nesse sentido, o projeto ético-político da profissão de assistente social é explicitado em documentos como: Lei de Regulamentação da Profissão (lei nº. 8662/93); Documento Abepss (Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social), que orienta a formação profissional; Documento CFESS (2002), sobre atribuições prerrogativas e competências do assistente social; Código de Ética Profissional (CFESS 273/93), que norteia o exercício profissional.

Os valores assumidos no projeto ético-político, pautados no Código de Ética Profissional, se referem à liberdade como ético valor central, rompendo com o conservadorismo e elegendo como princípios a democracia, direitos humanos, a cidadania, a equidade e a justiça social, a eliminação do preconceito, o pluralismo e a opção por um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem dominação de classe, etnia e gênero, articulando-se com os movimentos e categorias profissionais na luta dos trabalhadores. (BARROCO, 2005; IAMAMOTO, 2002; NETTO, 2006). Portanto, assume a direção social na contracorrente da conjuntura, contrapondo-se à hegemonia política do capital, e assume o compromisso com valores fundantes dos movimentos progressistas da sociedade.

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

As Diretrizes Curriculares de 1996 – (ABESS/CEDEPSS) são um documento fruto do debate da profissão na década de 1990, que traz a dimensão interventiva da profissão, estruturada com base nos dois eixos centrais: **questão social**, entendida como objeto de trabalho, e sua relação nos processos de trabalho, vinculada às lutas de classes, expressa na totalidade social e devendo ser transversal ao currículo; **processo de trabalho**, traz o Serviço Social como trabalho, expressão do trabalho coletivo, que deve ser apreendido a partir do aporte teórico-metodológico marxiano, que permita repensar o crítico do ideário profissional e suas formas de inserção profissionais (CARDOSO, 2000).

Nesse sentido, estrutura a formação profissional com base em três núcleos temáticos, que articulam conhecimentos e habilidades necessárias à qualificação profissional, a saber: **o núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social** — indica ser necessário um conjunto de conhecimentos para conhecer e decifrar o ser social, a vida e a sociedade, trazendo a centralidade do trabalho, levando à compreensão da dinâmica da vida social na sociedade burguesa; **o núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira** — implica a compreensão da sociedade brasileira, considerando suas características históricas, econômicas, sociais e culturais, levando à apreensão da produção e reprodução da questão social em suas diversas refrações; **o núcleo de fundamentos do trabalho profissional** — que trata da compreensão dos elementos constitutivos do Serviço Social enquanto uma especialização do trabalho coletivo, portanto processos de trabalho procurando capacitar para o exercício profissional, resguardando suas atribuições de competências. (IAMAMOTO, 2001).

Essa proposta por meio dos três núcleos de formação, busca a superação da fragmentação no currículo e a permanente articulação dos conteúdos teóricos, políticos, éticos e culturais para a intervenção nos processos sociais, organizados de forma dinâmica e flexível. Orienta para a indissociabilidade dos conhecimentos no processo de formação, o que possibilita a apreensão dos processos de trabalho do assistente social a partir dos eixos: teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político; a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, formação e exercício profissional; a ética e a pesquisa de forma transversal em todo o currículo.

Portanto, a profissão de assistente social se particulariza no conjunto das relações de produção e reprodução da vida social, como uma profissão interventiva, no âmbito da questão social, fundamento básico de sua existência (CARDOSO, 2000). Assim, fundamental compreender o solo fértil da sociedade e desvendar as novas formas de produção e reprodução social, potencializadas pela reestruturação produtiva. Remete para o predomínio do capital fetiche que conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença do outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças (IAMAMOTO, 2007, p.125).

Por outro lado, o projeto profissional é tensionado pelas diferentes inserções dos assistentes sociais nos espaços ocupacionais, que condicionam o trabalho realizado, dado sua relativa autonomia e sua condição de trabalhador assalariado, como funcionário público ou privado, mas que incorpora as diferentes relações de trabalho e estabelecem as condições em que esse trabalho se realiza. Imprime a dimensão qualitativa no que se refere às respostas profissionais às necessidades sociais, materiais, que se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha, indivíduos, grupos, famílias, e que dependem dos empregadores para atender as demandas profissionais, que estabelecem pela mediação nas diferentes expressões da Questão Social (IAMAMOTO, 2007).

Apresentam-se também as necessidades sociais mediadas pelo mercado e que atravessam o cotidiano profissional, que se caracteriza pela busca da garantia de direitos da cidadania com vistas a superar mecanismos de alienação, como o culto à moeda, a cultura do consumo, do mercado, do individualismo, que se contrapõem às necessidades humanas<sup>33</sup>. E ainda, as submete ao poder das coisas sociais- do capital dinheiro e de seu fetiche, a naturalização das desigualdades sociais que conduz à indiferença o contingente de homens e mulheres, produtos da pobreza produzida historicamente e sobranes do capital (IAMAMOTO, 2007).

---

<sup>33</sup> Segundo Pereira (2000), o conceito de necessidades aponta o estudo de Len Doyal e Ian Gough, realizado em 1991, como sendo o mais atual e consistente sobre necessidades humanas básicas. São necessidades humanas que não se restringem às básicas de sobrevivência biológica. Apontam “que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns” (PEREIRA, 2000, p. 66). Mas a satisfação dessas necessidades humanas básicas pode variar, porque, mesmo sendo comuns a todos, não implicam uniformemente a sua satisfação, pois existe uma variedade enorme de bens, serviços, atividades, em maior ou menor extensão, a serem empregadas para atender a essas necessidades, sendo que “as necessidades humanas básicas como categorias objetivas e universais, que devem ser satisfeitas concomitantemente, são: saúde física e autonomia”. Ver Pereira (2000, p.68-83).



O assistente social, ao ingressar nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores, exerce seu trabalho de forma particular, devido as suas competências e atribuições profissionais, mas o produto de seu trabalho não lhe é privativo, pois é fruto de um trabalho combinado e coletivo que assume diferentes perfis, nos mais variados espaços ocupacionais, de natureza pública ou privada, nas empresas lucrativas, não lucrativas, e que possuem demandas diferentes de acordo com os objetivos institucionais.

Nesse sentido, não existe um único processo de trabalho do assistente social, mas processos de trabalho diferenciados, nos quais participa enquanto trabalhador,

[..] visto que o trabalho é atividade de um sujeito vivo, enquanto realização de capacidades, faculdades e possibilidades do sujeito trabalhador. Existe, sim, um trabalho do assistente social e processos de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador especializado. [...] a força de trabalho em ação, é algo temporal, que só pode existir no sujeito vivo. Enquanto gasto vital, é um movimento criador do sujeito -, que, no contexto da alienação, metamorfoseia-se no seu contrário, ao subjugar seu próprio criador `a condição de criatura-, impregnando a totalidade de seu ser: capacidades, emoções, ritmos do corpo, pensamento e valores. Assim, o trabalho como elemento subjetivo do processo de trabalho é componente da humanidade dos sujeitos, em processo de realização: é objetivação do sujeito, simultaneamente, subjetivação da realidade pelo sujeito (IAMAMOTO, 2007, p.429).

Assim, o trabalho do assistente social carece ser compreendido e tratado de forma “indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores e suas lutas que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de prevalência do capital que rende juros, articulado ao grande capital internacional” (IAMAMOTO, 2009, p. 371), pois muda em razão das condições e relações sociais em que se realiza e interferem no direcionamento dos propósitos sociais e na qualidade do trabalho realizado.

Nessa esteira, alteraram-se significativamente os processos de trabalho em que o assistente social se insere, dele exigindo o cumprimento de requisitos de produtividade, pressões acerca de metas, prazos e rotinas, um perfil mais qualificado, habilidades e competências, além das regulamentadas por lei. Estão sendo chamados a atuar na esfera de formulação, planejamento, monitoramento e avaliação de políticas sociais; inscritos em equipes multiprofissionais; nos espaços de controle social, das políticas públicas; nas capacitações de conselheiros;

realizações de diagnósticos socioeconômicos; análises de orçamentos públicos; requisições no campo da pesquisa, o que vem acompanhado de novas exigências de qualificação (IAMAMOTO, 2009).

Contudo, mesmo condicionados e limitados pela condição de assalariamento, tem sua direção social definida, na contracorrente da órbita do capital, no desenvolvimento de processos coletivos, democráticos e emancipatórios, que contribuam para diminuir as desigualdades sociais e fortalecer os mecanismos de resistência para o enfrentamento da questão social, objeto de trabalho.

A Questão social se expressa nas mais diferentes necessidades sociais, mas é inseparável dos efeitos da acumulação capitalista, da concentração de renda, dos processos de estruturação produtiva, que intensificam e desregulam os processos de trabalho que se materializam na vida dos sujeitos sociais. Portanto, cabe decifrá-la, conhecer suas expressões de desigualdades econômicas, sociais, culturais e políticas que estão submetidas milhões de pessoas, que requisitam o esforço da pesquisa, para poder conhecer as múltiplas faces da questão social no Brasil (BHERING; SANTOS, 2009).

Os meios de trabalho utilizados pelo assistente social são os instrumentos e técnicas, recursos materiais, intelectuais por meio dos quais realiza a ação profissional sobre o objeto. Os meios de trabalho pelos quais decifra e intervém na realidade social não devem ser vistos como mero uso dos meios e instrumentos, mas partindo da intenção para ação, sobretudo utilizando-os para a satisfação de necessidades e alcance dos objetivos e finalidades, ou seja, o quê, para quê, como, por que fazer. Assim, instrumentalidade é entendida como [...] um conjunto de condições que a profissão cria e recria no exercício profissional e que diversifica em função de um conjunto de variáveis como: espaço sócio-ocupacional, o nível de qualificação de seus profissionais, os projetos profissionais e societários hegemônicos, a correlação das forças sociais, dentre outros. (GUERRA, 2000, p.20).

Embora o assistente social não trabalhe diretamente no processo de produção de mercadorias, sua ação profissional contribui na produção e na reprodução da vida social, tendo um efeito que não é material, mas social, pois sua intervenção incide no campo dos comportamentos, valores e cultura e reflete diretamente na vida dos sujeitos. O resultado ou o produto do seu trabalho existe e “[...] são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais

autônomas, ainda que tenham uma objetividade social (e não material), expressando-se sob a forma de serviços” (IAMAMOTO, 2001, p.68).

Entretanto, é fundamental destacar, que a partir da Reforma do Estado, já contextualizada no capítulo 2 dessa tese, “[...] intensificaram-se as parcerias e transferências de responsabilidades públicas para iniciativas da sociedade civil, de repasse de serviços para organizações não governamentais, empresarias ou sem fins lucrativos” (RAICHELIS, 2009, p. 384). Coloca-se, portanto, em tese o assistente social, para atuar em empresas prestadoras de serviços ou assessoria na prestação de serviços aos governos, de forma precária, autônoma, temporária, por projetos, por tarefas, pela via da terceirização dos serviços públicos, prestando assessoria aos governos, no hiato entre o serviço e o direito (RAICHELIS, 2009).

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

### 3.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

O reconhecimento do profissional assistente social na saúde tem sua base na Resolução CFESS 383/99 de 23/03/1999, que caracteriza o assistente social como trabalhador da saúde, levando em consideração: a Constituição Federal de 1988, que reconhece a Saúde como um direito de todos e dever do Estado; a VIII Conferência Nacional de Saúde, que indica um novo conceito de saúde a ser construído; a X Conferência Nacional de Saúde, que reafirma a necessidade de consolidar o SUS; a necessidade da interdisciplinaridade a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população; o reconhecimento do assistente social como profissional interventivo junto aos fenômenos sócio culturais e econômicos; a contribuição profissional para o atendimento das demandas imediatas da população. Além de facilitar o acesso às informações e ações educativas, para a consolidação

do SUS é imprescindível o controle social e o assistente social, orientado pelo projeto ético político profissional, contribui para a ação técnico-política a fim de viabilizar a participação popular, o fortalecimento dos Conselhos e a ampliação dos direitos sociais (CFESS/ 1999). Do mesmo modo, as competências e atribuições profissionais regulamentadas por lei, as diretrizes curriculares (ABEPSS e MEC), lhe dão subsídios e reconhecimento no trabalho com as diferentes políticas sociais, direcionado às famílias, indivíduos, grupos diversos.

A saúde tem na Constituição Federal de 1988, no SUS, no Pacto pela Saúde, seu reconhecimento enquanto um direito social universal e igualitário devendo ser prestado pelo Estado e ser garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Parte-se do pressuposto, que o processo saúde-doença é determinado socialmente, resultado das formas de organização da produção, das condições e modo de vida, de outros fatores determinantes, como alimentação, moradia, acesso a bens e serviços, dentre outros. Ademais, no reconhecimento do “conceito ampliado de saúde” já contextualizado no capítulo 2 dessa tese.

Nesse sentido, o assistente social no âmbito de saúde, fundamentado pelo Projeto da Reforma Sanitária, e pelo Projeto Ético Político profissional, desenvolve seu trabalho mediando o acesso e contribuindo para a garantia das condições necessárias ao alcance dos bens e serviços e dos demais direitos sociais, fundamentais para a saúde dos indivíduos, famílias, grupos com os quais trabalha.

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

No intuito de contribuir com o trabalho do assistente social, no âmbito da saúde, nos anos de 2008 a 2009, ocorreu na profissão um profícuo debate no conjunto CFESS/CRESS sobre o trabalho do assistente social na saúde, que culminou no documento Parâmetros para atuação de Assistente Sociais na Política de Saúde (2010). Nesse sentido, referencia a atuação profissional, tendo por base o projeto ético-político profissional e os documentos que o regulamentam. Além de dar visibilidade das particularidades do trabalho do assistente social na saúde e remete para uma atuação competente e crítica do Serviço Social, na saúde, que consiste em:

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010).

Dessa forma, procura potencializar o trabalho profissional do assistente social às diretrizes do SUS, e o insere em uma equipe de saúde além de evidenciar que os valores do Projeto da Reforma Sanitária se articulam com os valores do projeto ético-político da profissão, a saber: a universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade, controle social, justiça social, seguridade social, participação social.

O documento sinaliza que os assistentes sociais na saúde atuem em quatro grandes eixos: a) atendimento direto aos usuários; b) mobilização, participação e

controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional.

O primeiro se refere ao atendimento aos usuários nos diversos espaços de atuação na saúde, desde a atenção básica, até a média e alta complexidade que compõem a rede de serviços, seja pública e/ou privada: ESF, US, centros de saúde, hospitais, CAPs, dentre outros. Predominam as ações socioassistenciais, interdisciplinares e sócioeducativas, de atendimento direto e articuladas entre si (CFESS, 2010).

O segundo, se refere às ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social como: conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas, lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Pretende contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde, espaços que visam democratizar a saúde (CFESS, 2010).

Portanto, cabe ao assistente social na saúde contribuir para a efetivação de práticas coletivas e democráticas em saúde, pela necessidade de criar espaços coletivos para democratização de informações, necessários a promoção, manutenção da saúde e prevenção de doenças. Além de desenvolver uma “[...] correlação de forças favorável à universalização real e à ampliação dos direitos sociais, interferindo nas rotinas institucionais a fim de facilitar o acesso e assegurar a qualidade dos serviços prestados” (VASCONCELOS, 2006b, p. 265). Outrossim, aproximando os movimentos sociais para o fortalecimento do Sistema único de Saúde, tendo em vista o atendimento das reais necessidades em saúde e o controle social.

O terceiro envolve um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010). Incide também no planejamento dos processos de trabalho, novas formas de organizar as práticas de saúde.

A importância do planejamento, da realização de pesquisas a fim de conhecer as características dos usuários, suas condições de vida, suas

necessidades da saúde e formas de enfrentamento. Essa pode ser umas das contribuições do profissional assistente social na saúde muito importante, pois seu processo de planejamento, orientado por valores emancipatórios, junto à equipe, imprime uma dimensão intersetorial e interdisciplinar e expressa uma visão de homem e de mundo, que potencializa no exercício da cidadania e da emancipação dos sujeitos sociais, bem como na construção de um projeto de trabalho, que pode significar uma forma de resistência às ações meramente rotineiras e burocráticas e de fortalecimento da Seguridade Social.

O quarto e último eixo envolve as atividades de assessoria, qualificação e formação profissional visando o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, campos de estágio, e outros. (CFESS, 2010). Nessa perspectiva o trabalho interdisciplinar, a troca e a construção de saberes, valorizando as diferentes áreas, identificando direções comuns, que venham de encontro às ações da promoção, prevenção e recuperação da saúde, em oposição ao trabalho fragmentado e centrado em um único saber.

Os parâmetros indicam a direção da atuação do assistente social na saúde, as possibilidades de intervenção, mas não existem receitas prontas, precisa ser compreendido no conjunto das relações que estabelece com os demais trabalhadores, com os empregadores e ainda, as relações e condições em que o trabalho se realiza. Remete ir além, refletir no trabalho profissional em tempos adversos, na forma como vem se organizando as políticas sociais, pela falta de financiamento, pela precarização do trabalho, pela falta de recursos humanos e de infraestrutura.

Nesse sentido, a saúde, como um espaço ocupacional, da mesma forma que os demais, precisa dar visibilidade às expressões da questão social, fornecendo os necessários subsídios para utilização dos meios para o alcance de determinados fins. Entretanto, a utilização dos meios, teorias, mediações, instrumentos e técnicas para o desenvolvimento do trabalho é condição necessária para ter-se ter clareza a respeito do porquê de agir sobre um determinado fim, e isso implica “[...] projetar não apenas os meios/ instrumentos de realização, mas também as consequências”

(GUERRA, 2000, p. 30); do contrário, corre-se o risco de cair no tecnicismo burocrático, que nem sempre responde aos interesses dos usuários. E essas são importantes ferramentas para o assistente social utilizar no sentido de potencializar o projeto ético-político profissional na defesa da garantia dos direitos de cidadania.

Do mesmo modo que trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde, é ir ao encontro da socialização de informações, da desburocratização dos serviços e rotinas, da ampliação de espaços para participação e controle social. É necessário “[...] captar o que há de social na saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual, [...] de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência”. (VASCONCELOS, 2006a, p. 450). Nesse sentido, é importante a articulação da política social da saúde com as demais políticas setoriais, assumindo o conceito ampliado de saúde, no qual a ausência de trabalho, moradia, saneamento, educação, lazer, vínculos familiares e comunitários também está relacionada com a ausência de saúde. As condições sociais interferem no processo saúde-doença, portanto, há uma dimensão social na saúde, e ao assistente social na saúde, cabe

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

Assim, na perspectiva do trabalho na saúde, há possibilidades do assistente social contribuir com uma leitura mais ampla da saúde, desvelando, a partir de um trabalho em equipe, sua dimensão social, problematizando no cotidiano profissional a vivência e a história de vida do sujeito, discutindo de que forma a saúde se materializa na vida dos usuários quanto à qualidade do acesso, às ações de saúde desenvolvidas, às práticas, às rotinas e critérios estabelecidos. Portanto, é necessário “[...] politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário” (VASCONCELOS, 2006a, p.428) e trabalhar na direção dos interesses e necessidades dos usuários, contribuindo com resistências significativas, e respostas profissionais para que o âmbito da saúde avance e consolide o SUS. Portanto, o direito à saúde depende do trabalho interdisciplinar, da articulação das diferentes áreas e das políticas intersetoriais, que



focalizem os sujeitos na sua integralidade. Assim, o capítulo seguinte procura mostrar evidências das contribuições do trabalho do assistente social na saúde, particularmente no espaço ocupacional da Estratégia Saúde da Família, e apontar as mudanças que ocorreram na política de saúde, com a ESF para a garantia da integralidade.

## **4 O PERCURSO METODOLÓGICO E AS DESCOBERTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A GARANTIA DA INTEGRALIDADE**

Este capítulo apresenta a pesquisa empírica desde sua formulação até a análise dos dados. Traz a construção do método que orienta a leitura da realidade, bem como as indagações da pesquisadora frente ao processo de pesquisa. Destaque-se o processo metodológico da pesquisa de campo, os passos da coleta e análise. Nele os leitores vão encontrar, pelo destaque das falas das assistentes sociais, dos usuários e gestores os elementos que materializam a escolha do método, com a prática se imbricando com a teoria e vice-versa.

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

### **4.1 ENFOQUE DIALÉTICO-CRÍTICO**

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

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

O método dialético-crítico contempla uma visão de homem sujeito histórico, que influencia e é influenciado pela realidade social concreta, pois não existe “[...] realidade sem o homem, assim como não é (somente) realidade do homem”. Nesse sentido, “[...] é a realidade do homem que na natureza e como parte da natureza cria a realidade humano-social, que ultrapassa a natureza e na história define o próprio lugar no universo” (KOSIK, 2002, p. 228).

A realidade não é apreendida como algo imediato, dado, pronto, acabado, não se apresenta aos homens de forma clara; ao contrário, se “esconde e aparece”

é preciso desvendar o aparente, revelar a essência do fenômeno, pois “compreender o fenômeno é atingir a essência” (KOSIK, 2002). A dialética é compreendida como o

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

Propõe-se a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta “como é possível chegar à compreensão da realidade,” sendo necessária a “decomposição do todo<sup>34</sup>” (KOSIK, 2002, p.16). A dialética procura desocultar o mundo real, indo além das aparências, levando em conta a relação do sujeito com o objeto e o seu caráter histórico. A leitura da realidade dá-se pela compreensão de que a realidade é produto do homem: “[...] é um mundo em que as coisas, as relações e os significados são considerados como produtos do homem social, e o próprio homem se revela como sujeito real do mundo social” (KOSIK, 2002, p.18).

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

O método dialético-crítico tem como categorias fundamentais a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo e estão interligadas. A categoria da totalidade é entendida não como a reunião de todos os fatos, de todas

---

<sup>34</sup> Para compreensão da coisa, é necessário conhecer-lhe a estrutura, decompor o todo. Na concepção dialética é necessário decompor o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa e, portanto, compreendê-la. (KOSIK, 2002, p.14)

as partes, mas como uma unidade dialética, em movimento, um todo articulado e interconectado, tanto que a relação entre as partes altera o sentido de cada parte desse todo. Significa a “[...] realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (KOSIK, 2002, p.35).

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

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

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

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

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

aprofundado, liberado de suas limitações, mais real que no início”. (LEFEBVRE, 1991, p 231- 232).

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

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

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

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

#### 4. 2. METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa como uma atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade (MINAYO, 1994), tem por base um conjunto de teorias, que se expressam em métodos, técnicas, instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados, que anunciam o percurso realizado, a metodologia compreendida

[...]como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994, p.16).

O caminho percorrido no processo de investigação denominado “Ciclo de Pesquisa” (MINAYO, 1994), compreende três fases: a fase exploratória, o trabalho de campo e o tratamento do material, que se articulam e complementam mutuamente. A fase exploratória compreende desde a formulação do problema de pesquisa, a definição das questões norteadoras, objetivos, método, tipo de pesquisa, técnicas de coleta e análise, o universo, amostra, dentre outras, trata da fase do planejamento da pesquisa; a fase de trabalho de campo, refere a aplicação das técnicas, instrumentos, procedimentos para abordagem e coleta de dados utilizados no processo de pesquisa; a fase final de tratamento do material, diz respeito ao tratamento do material e as formas de análise realizadas com os dados empíricos da coleta durante o trabalho de campo. Portanto, apresenta-se o percurso metodológico realizado que embasou essa tese.

#### **4. 2.1 Tema e Delimitação**

O tema Integralidade e Serviço Social, delimitado para o desenvolvimento desse estudo, constitui-se como particularidades do trabalho do assistente social no contexto das Estratégias Saúde da Família, para a garantia da Integralidade, na 6ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 2007 a 2011.

#### **4. 2.2 Problema de Pesquisa e Questões Norteadoras**

Como o trabalho do assistente social pode contribuir para a garantia da integralidade na Estratégia Saúde da Família?

Para responder ao problema de pesquisa, construíram-se as questões norteadoras:

- Quais as principais mudanças que ocorreram do PSF para a ESF?

- Como os assistentes sociais se inserem nas ESF?
- Qual a concepção do assistente social e demais técnicos da ESF sobre a integralidade em saúde?
  - Que mudanças ocorreram na ESF após a inserção do assistente social?
  - Qual o entendimento da equipe do trabalho do assistente social na ESF?
  - Quais são as principais contribuições do assistente social na ESF para a garantia da integralidade em saúde?

#### **4. 2.3 Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

O objetivo geral da pesquisa foi

- Analisar de que forma o trabalho do assistente social pode contribuir para a garantia da integralidade em saúde a fim de dar visibilidade da importância da inserção deste profissional nas equipes básicas da ESF.

Já os objetivos específicos foram:

- Identificar as principais mudanças que ocorreram no Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família a fim de evidenciar as contribuições na garantia do direito à saúde.
- Identificar quais as concepções e práticas que permeiam a ESF no intuito de contribuir para a compreensão da integralidade em saúde.
- Contribuir para a problematização da inserção do assistente social nas ESF para ampliar espaços sócio-ocupacionais.

#### **4.2.4 Tipo de pesquisa**

O tipo de pesquisa utilizado para a realização deste trabalho foi um estudo de caso, compreendendo a pesquisa qualitativa. Um estudo de caso “[...] é usado

quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades” (DINIZ, 1999, p.46). Se propõe a investigar e interpretar os fenômenos que dão contorno e conteúdo à realidade, pela exploração, aprofundamento e apreensão dos dados da realidade investigada, no emaranhado das inter-relações. Pressupõe que os princípios da descoberta e da interpretação dos processos sociais que regem o estudo de caso, são também determinados pela experiência vivida pelo sujeito e pelo objeto do conhecimento (DINIZ, 1999).

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

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

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

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

Foi realizado um estudo de caso nas ESFs de dois municípios que compõem a 6ª Coordenadoria do Estado do Rio Grande do Sul que constituíram a unidade significativa do todo a ser analisada. Como todo o estudo de caso, tem caráter



exploratório, descritivo, explicativo e de aprofundamento do fenômeno para compreensão e explicação da realidade. (DINIZ, 1999).

Portanto, por meio desse tipo de pesquisa foi possível o contato direto da pesquisadora com os sujeitos entrevistados, a ida ao campo para perceber “o modo de vida” e desvendar a forma de organização da ESF , o trabalho da equipe, do assistente social e sua contribuição para a garantia da integralidade da atenção à saúde.

#### **4.2. 5 Sujeitos de pesquisa**

O universo pesquisado foi o estudo de todas as ESF implantadas há mais de dois anos nos municípios da 6ª região Norte do estado do Rio Grande do Sul que possuem o profissional assistente social inserido nas equipes e/ou prestando serviços de forma direta ou indiretamente. Entende-se por “forma direta” os profissionais que fazem parte das equipes básicas do Programa Saúde da Família e “forma indireta” os profissionais que não fazem parte da equipe básica, mas que se encontram lotados nas secretarias municipais de Saúde e/ou Assistência Social prestando serviços a Estratégia Saúde da Família.

A região Norte do estado do Rio Grande do Sul é supervisionada pela 6ª Coordenadoria do Estado, com sede no município de Passo Fundo, atendendo a 58 municípios da região. Durante a pesquisa de mestrado (HOFFMANN, 2007) constatou-se que cinquenta municípios possuíam a Estratégia a Saúde da Família em plena atividade, com 102 equipes básicas.

Os municípios foram mapeados por meio de contatos com a 6ª Coordenadoria de Saúde e contatos telefônicos para verificação da existência de assistentes sociais trabalhando nas equipes e/ou prestando serviço. Realizando o corte com as ESFs implantadas há mais de dois anos na região, encontraram-se 14 municípios com assistente social participando na ESF, com carga horária mínima de 4 horas semanais, totalizando 33 equipes; sete municípios com assistente social participando da ESF eventualmente, totalizando dez equipes; 13 municípios com assistente social sem participação na ESF, totalizando 32 equipes e sete municípios com ESF sem o profissional assistente social no município, totalizando 12 equipes, e

nove municípios com ESF implantado a partir de 2004 (menos de dois anos), totalizando 15 equipes (HOFFMANN, 2007).

Diante dessa realidade, foi composta uma “amostra não probabilística intencional” composta por 50% dos municípios que possuem assistentes sociais inseridos em processos de trabalho na Estratégia da Família (dez), elencando critérios como maior carga horária de trabalho do assistente social e maior tempo de implantação da estratégia.

Em 2007, a amostra contemplou os municípios de: **Carazinho**, assistente social com carga horária de 40 horas semanais e doze equipes; **Tapera**, assistente social com carga horária de 30 horas semanais e três equipes; **Santo Antônio do Planalto**, assistente social com carga horária de 4 horas semanais e uma equipe; **Gentil**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Camargo**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Machadinho**, assistente social com carga horária de 08 horas semanais e uma equipe; **Tunas**, assistente social com carga horária de 04 horas semanais, duas equipes e implantado em dezembro de 1999. Existiam, ainda, os municípios com assistente social realizando processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família de maneira eventual (três), privilegiando maior tempo de implantação do programa. Nesse caso estão os municípios: **Alto Alegre**, com uma equipe e implantado em julho de 2000; **Paim Filho**, com duas equipes e implantado em março de 2001; **Ibiraíaras**, com duas equipes e implantado em setembro de 2001.

Na pesquisa realizada em nível de mestrado (HOFFMANN, 2007) evidenciaram-se diversas contradições nos processos de trabalho em que estavam inseridos os assistentes sociais nas Estratégias Saúde da Família, como equipe de apoio. Em condições de trabalho adversas, o profissional contribuía para a garantia do direito à saúde e destacava-se na abordagem com a família e a equipe. Contudo, a ESF, levando em consideração sua forma de organização, divisão do trabalho, indicava que servia a lógica do mercado, na medida em que racionalizava a oferta e centrava suas ações no atendimento médico, focado na doença, contradizendo a proposta para a qual foi criada. Entretanto, indicava que poderia potencializar o acesso ao direito à saúde e contribuir para impulsionar a atenção básica em saúde, respeitando os princípios da universalidade e integralidade.

Na execução dessa tese, para adensar os dados da realidade, sentiu-se necessidade de voltar aos mesmos municípios a fim de verificar as mudanças ocorridas, tanto no que se refere à forma de inserção do assistente social nas equipes, e ou, nos NASFs, como também as contribuições da ESF para a garantia do direito à saúde, igualmente as do assistente social para a garantia da integralidade de atenção em saúde, dentre outras.

Então, optou-se por uma amostra não probabilística intencional nos municípios X e Y, que aceitaram participar da pesquisa novamente, e se diferenciam dos demais, pela carga maior carga horária do assistente social, respectivamente 30 e 40 horas semanais, para 03 e 12 equipes da ESF.

Nesse tipo de amostra o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, ao invés de escolher aleatoriamente. Justifica-se esta amostra tendo em vista o estudo já realizado para ser a base da discussão no intuito de dar visibilidade das mudanças mais significativas ocorridas da passagem do Programa Saúde da Família para a Estratégia Saúde da Família.

Desta forma os sujeitos de pesquisa foram dois (2) assistentes sociais que participam da ESF como equipe de apoio, três (3) coordenadores da ESF, duas (2) equipes da ESF e vinte um (21) usuários da ESF dos municípios X (10) e Y (11).

A amostragem da equipe foi com todos os profissionais que se fizeram presente nos dias marcados para a realização do grupo focal, dias 17 e 19 de janeiro de 2011. Participaram da coleta vinte e três (23) integrantes das equipes das ESF dos municípios. Foi possível contemplar os diferentes profissionais: médicos, dentista, enfermeiras, psicólogas, auxiliares de saúde, técnicas de saúde, e agentes de saúde.

A amostra dos usuários foi do tipo probabilística aleatória simples, estratificada e sem reposição, em que cada elemento só pode compor uma única vez a amostra. (MARCONI; LAKATOS, 2007) deveria ser definida por sorteio simples entre 15 usuários inseridos na ESF no ano de 2005, ou seja, período que o PSF passa a ser ESF, procurando contemplar representantes dos grupos de prevenção.

O critério de escolha sobre quais as estratégias deveriam compor a amostra foi em virtude, de maior tempo de implantação, maior contato com o profissional

assistente social, maior área de risco e situação de vulnerabilidade social levando em consideração as demais ESF dos municípios.

A aproximação com os sujeitos de pesquisa em cada município ocorreu por meio do contato direto com secretários de saúde, funcionários das secretarias municipais de saúde. Assim, foram possíveis os contatos diretos com os profissionais assistentes sociais, coordenadores, equipes, usuários das ESF, sujeitos de pesquisa.

A pesquisadora após ser acolhida por todos os setores necessários para a realização dessa pesquisa, firmou o compromisso de voltar para devolução dos dados a fim de problematizar a realidade encontrada no intuito de contribuir para a garantia do direito à saúde na perspectiva da integralidade.

#### **4.2.6 Instrumentos e técnicas de pesquisa**

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi estruturada realizada através da aplicação de formulários, contemplando dados quantitativos e qualitativos com questões abertas e fechadas. Essa técnica foi aplicada com os profissionais assistentes sociais e coordenadores das Estratégias Saúde da Família. A entrevista semi-estruturada é aquela que permite questionamentos por parte do entrevistado também, pois

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

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

A elaboração dos formulários foi um processo exaustivo, levando em consideração as perguntas, objetivos e questões norteadoras da pesquisa. Exigiu-se da pesquisadora e orientadora atenção especial no que se refere à clareza das perguntas, linguagem e objetivos alcançáveis.

Foi realizado um instrumento piloto para assistentes sociais e aplicado no município de X, o qual foi aprovado pela entrevistada, que chamou atenção para seu detalhamento.

Outra técnica de coleta de dados utilizada foi o grupo focal orientado por um roteiro para o debate. Um grupo formado com integrantes das equipes saúde da família e outro com representação dos usuários da ESF. Para tal foi agendado com antecedência a data, local e melhor horário para realização dos mesmos, nos quais os participantes puderam expor suas concepções, conceitos e impressões a cerca da ESF, bem como as contribuições do profissional assistente social para a garantia da integralidade à saúde.

O trabalho com grupo focal “[...] permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes [...]. A pesquisa com grupos focais possibilita a obtenção de diferentes perspectivas de uma mesma questão, além de conhecer crenças, hábitos, valores, preconceitos, traços comuns partilhados pelo grupo. ( GATTI, 2005, p.7).

Ademais, compreende-se que a utilização dos grupos focais contribuiu para a coleta de dados, pela quantidade de informações obtidas em pouco tempo, e ao mesmo tempo, pelo momento de troca, debate, construção e reflexão. Assim, a valorização das idéias dos participantes dos grupos focais, que vivenciam a mesma experiência de ser usuários da ESF, e de ser integrantes da equipe, na qual apresenta diferenças de poder entre os profissionais. Dado esse, importante considerando as particularidades que cercam a política de saúde, o trabalho em equipe, que é fundamental para a construção da integralidade. Assim, constitui-se o contraditório espaço das ESFs e os mecanismos de acesso à saúde como direito social de cidadania.

#### **4.2.7 Procedimentos para a coleta de dados**

Dando início a fase do trabalho de campo, o processo de coleta de dados começou após os primeiros contatos realizados junto aos profissionais assistentes sociais e secretários municipais de saúde dos municípios que compõem a amostra,

a fim de solicitar autorização para realização da pesquisa e encaminhar o Termo de Aceite ao Comitê de Ética da PUCRS, com toda documentação necessária para submeter projetos.

De posse da autorização para dar início a pesquisa, estabeleceu-se novo contato telefônico para agendamento das entrevistas e grupos focais. Entretanto, antes de iniciar a coleta foi necessário se reunir com os referidos secretários de saúde, para agradecer o acolhimento e dar visibilidade do processo de pesquisa, justificando o porquê da participação desses municípios, tendo em vista, pesquisa realizada por (HOFFMANN, 2007).

O processo de coleta envolveu vários dias, intercalando a semana, o que correspondeu aos dias 17, 18 e 19 de janeiro de 2011, posteriormente, dias 31 de janeiro e 01 de fevereiro de 2011.

Na primeira etapa foram realizadas entrevistas com assistentes sociais, coordenadores das ESFs e realização dos grupos focais com as equipes. Na segunda etapa, grupo focal com usuários da ESF, entrevistas com usuários, e coordenadora geral da ESF.

Cabe ressaltar que num dos municípios a pesquisadora foi orientada pela equipe, a coletar os dados dos usuários, no mesmo dia e espaço das reuniões de prevenção, pela facilidade de acesso. Assim, a pesquisadora participou de uma reunião de grupo de prevenção direcionada a diabéticos e hipertensos. Nessa reunião faziam-se presente em torno de 35 pessoas. O grupo era muito articulado, discutia formas de organizar a próxima reunião da Associação de Moradores, na qual fariam a eleição da nova diretoria. Ao término, foi cedido um espaço para que pudesse ser exposto a proposta da pesquisa ao grupo, que prontamente aderiu. Inicialmente, a grande maioria manifestou interesse em participar do grupo focal, contudo, participaram 11 usuários, tendo em vista o horário e compromissos externos.

Em outro município, também por orientação da equipe, marcou-se reunião com os usuários e ninguém compareceu. Dessa forma, não foi possível realizar o grupo focal. Entretanto, a pesquisadora retornou ao referido município em outro dia e optou por realizar entrevistas com usuários que vinham até o posto em busca de atendimento. Sendo assim, transformou o roteiro do Grupo Focal, em formulário de

entrevista. Realizou 10 entrevistas semi-estruturadas com os usuários em único dia, pela parte da manhã e tarde.

Dando início ao processo de coleta de dados por meio das entrevistas, e realização dos grupos focais, os sujeitos de pesquisa foram informados sobre a intenção, objetivos e a garantia do sigilo confidencial dos dados, para fins do estudo. A autorização do (a) entrevistado/participante do grupo foi dada pelo do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice E) e os dados coletados foram respondidos em roteiros próprios, que foram lidos antes do encerramento com o entrevistado/participantes.

As entrevistas realizadas com os profissionais assistentes sociais e coordenadores das ESFs duraram, em média, sessenta minutos e foram realizadas pela pesquisadora durante o mês de janeiro de 2011, respeitando a disponibilidade de tempo dos sujeitos. Todas as entrevistas ocorreram no local de trabalho dos entrevistados, portanto havendo necessidade do deslocamento aos municípios, conforme agendamento marcado.

A realização dos Grupos Focais durou, em média 90 minutos e foram realizados pela pesquisadora durante o mês de janeiro e começo de fevereiro de 2011, no espaço de reuniões das US, local de funcionamento das ESFs.

Por último, a realização das entrevistas com usuários integrantes de uma das ESFs em substituição ao grupo focal, em virtude da ausência de usuários no dia e horário marcado para tal. Ademais, todos os usuários foram convidados a participar da entrevista e o fizeram por adesão.

Vencida a etapa da coleta de dados, deu-se início a última fase do ciclo de pesquisa, o tratamento do material, o processo de análise das informações coletadas, partindo-se para a organização e preparação do material, pré-análise. Deixando-se invadir pelas impressões primeiras das entrevistas, e material provenientes dos grupos focais. Assim, levantaram-se as questões referentes às categorias teóricas, às categorias empíricas, identificando as unidades de registros (temas). Após, deu-se início a exploração do material, a codificação, classificação e categorização, para, então, passar ao tratamento dos resultados, fase essa que será melhor detalhada a seguir.

Os dados quantitativos tiveram tratamento estatístico simples e os dados qualitativos analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo e sua representação será descrita.

#### **4.2.8 Análise e interpretação dos dados**

O processo de análise de dados dessa pesquisa foi realizado com base no conteúdo manifesto pelos sujeitos de pesquisa durante a realização das entrevistas com as assistentes sociais, usuários, coordenadores das equipes das ESF, e dados expressos na realização dos grupos focais, com participantes das equipes das ESF e usuários das mesmas, na região Norte do estado do Rio Grande do Sul, especificamente nos municípios que compõem a 6ª Coordenadoria de saúde do estado.

Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, que consiste num “[...] método de tratamento e análise de informações, colhidos por meio de técnicas de coletas de dados, consubstanciadas em um documento”. (CHIZZOTTI, 1991). Assim, essa técnica pode ser utilizada para a análise de qualquer texto escrito ou comunicação seja oral, virtual, gestual, desde que sistematizados num documento, como, por exemplo, cartas, jornais, revistas, informativos, livros, entrevistas, gravações, diários pessoais e outros.

A análise de conteúdo pode ser definido como

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

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



mera descrição à interpretação do conteúdo das comunicações. (BARDIN, 2004). Assim, trabalha com o que foi dito e expresso nas entrevistas, registrado no formulário, para, então, analisar o significado dessas mensagens.

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

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

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

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

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

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

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

O conteúdo é trabalhado por meio de categorias, destacando-se as do método dialético crítico: **historicidade, totalidade, contradição**, as categorias teóricas explicativas da realidade: Estratégia Saúde da Família, Trabalho do Assistente, Integralidade e as categorias empíricas, que surgirão do decorrer da análise. Cabe lembrar que as categorias do método devem permear todo o estudo, não precisando, necessariamente, ser identificadas nas falas, mas, porém na análise, devem orientar o processo.

Por fim, a fase de tratamento dos resultados, de inferência e interpretação ou **interpretação inferencial** constitui-se na análise, interpretação e explicação dos conteúdos manifestos e latentes dos documentos, realizada a partir da mediação entre o conteúdo descrito e a teoria que orienta o pesquisador para a realização das inferências.

Cabe ressaltar que se optou por realizar, dentre as técnicas existentes no método de análise de conteúdo, pela análise temática, extraindo as unidades de registro do texto, observando sua frequência em relação às categorias, que podem tomar outro sentido quando relacionado ao contexto. A análise de conteúdo temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido’ que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição poderão significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (BARDIN, 2004, p.105). Nessa fase tem-se o objetivo de tornar os dados válidos e significativos à medida que as informações coletadas são confrontadas com as já existentes.

### 4.3 OS CUIDADOS ÉTICOS

Levando em consideração a importância da ética na pesquisa e a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, como pré-condição para realização da coleta de dados desta pesquisa foi a utilização dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os termos foram preenchidos pela pesquisadora em conjunto com os sujeitos de pesquisa, em local adequado que garantiu o sigilo e a privacidade.

O primeiro Termo foi destinado para realização de entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos de pesquisa assistentes sociais e coordenadores das Estratégias Saúde da Família dos municípios pesquisados. ( Apêndice E)

O segundo Termo foi destinado aos representantes das equipes da Estratégia Saúde da Família e aos representantes dos usuários que se disponibilizaram a participar dos grupos focais marcado para este fim. (Apêndice F).

Além do Termo outro cuidado necessário será referente a realização do seminário para devolução dos dados da pesquisa. Pretende-se realizá-lo junto ao espaço da 6ª Coordenadoria de Saúde, no qual todos os municípios que pertencem a esta região serão convidados e poderão enviar representantes da equipe, coordenadores e assistentes sociais que trabalham com ESF para participarem do mesmo. Preservando o anonimato dos sujeitos de pesquisa, retirando quaisquer informações identificatórias.

E, ainda a realização de um seminário integrador com os municípios de Tapera e Carazinho, local a ser definido com os municípios envolvidos e aberto à todas as equipes, coordenadores, profissionais assistentes sociais e usuários da ESF, procurando socializar as informações para todos que trabalham ou que são atendidos pela política de saúde destes municípios.

No que se refere ao CD que será disponibilizado aos municípios que compõem a 6ª Coordenadoria de Saúde, também serão retirados todas e quaisquer informações identificatórias, preservando desta forma o sigilo, o anonimato e a privacidade dos sujeitos de pesquisa.

Outra forma de devolução dos resultados deste estudo será feita por meio da defesa pública desta tese de doutorado, além da possibilidade de publicações, artigos, fóruns e eventos científicos.

## 4.4 RESULTADOS DO ESTUDO

O estudo contempla, na primeira parte, a caracterização dos sujeitos de pesquisa, para então, passar à exposição dos resultados à análise prevista, procurando articular as falas e o referencial teórico na tentativa de responder aos objetivos do estudo.

### 4.4.1 Caracterização dos sujeitos de pesquisa

Passados quatro anos, foi extremamente relevante voltar aos dois municípios que fizeram parte da amostra na pesquisa em nível de mestrado realizada por (HOFFMANN, 2007), foi uma experiência instigante, pois a realidade encontrada foi bem diferente. Referente ao trabalho significativo revelado em pesquisa anterior, a pesquisadora pretendia comprovar a inserção do profissional assistente social, junto as equipes da ESF de forma direta, ou ainda, inserido no NASF. Contudo, **o assistente social** continua participando das equipes da ESF de forma indireta, como equipe de apoio, e com carga horária reduzida.

Chama-se atenção ao contraditório fato de que os municípios ao invés de chamarem outras profissionais aprovadas em concurso, realizar novo concurso, ou ainda, em caráter emergencial contratar outras profissionais, optaram por deslocar as assistentes sociais inseridas em processos de trabalho junto as ESF para dar conta da demanda da saúde mental.

Esse dado revela que os assistentes sociais não são imunes da experiência vivenciada pelo conjunto dos trabalhadores, tendo em vista, as mutações do mundo do trabalho, o **trabalho precarizado** e sua condição de assalariamento.

Em relação ao **ano de formação profissional**, os dados revelam que as duas profissionais apresentam formação recente de 2001 – 2002. Provenientes de universidades particulares do Rio Grande do Sul, uma da UCPEL e outra da UNICRUZ. A formação recente, somada as inseguranças do trabalhador: **no mercado de trabalho** com a significativa redução do emprego; **no emprego**, por causa da transformação dos contratos formais em contratos flexíveis, do trabalho em tempo parcial, temporário, do aumento do trabalho informal e da desregulamentação

por parte do Estado, configurando-se, então, duas maneiras de flexibilidade do trabalho: uma funcional, quando o trabalhador assume novas funções, e uma externa, quando é demitido e incorporado de acordo com a demanda; **de renda**, visto que os rendimentos são variáveis, sem garantia e instáveis; **no contrato de trabalho**, devido o reduzido poder de negociação dos sindicatos; **na representação do trabalho**, por haver redução dos sindicatos em alguns países, onde o sindicalismo assumiu um caráter assistencial, trazendo benefícios somente aos associados (MATTOSO, 1995), levam profissionais jovens que iniciam a carreira a submeter-se ao trabalho precário com mais baixos salários.

Da mesma forma, as assistentes sociais entrevistadas apresentam formação pelo novo currículo, conforme regulamentos do projeto ético-político da profissão, o que reflete na ruptura com o conservadorismo e no compromisso com valores progressistas da sociedade, respaldados pelas Diretrizes Curriculares de 1996 e pelo Código de Ética Profissional, que prevê um aporte de conhecimentos teórico metodológicos, técnico-operativos e ético políticos, articulados e cuja fundamentação se pautam no materialismo dialético e histórico. Dessa forma, reafirma o compromisso ético-político dessa categoria com a leitura crítica da realidade social, como também na construção de respostas profissionais que se expressam, nos mais diversos espaços ocupacionais e que no âmbito da saúde, deve ter reflexos nas boas práticas e no modo de organizar os serviços em saúde.

No que se refere à **carga horária profissional das assistentes sociais no lócus da ESF**, um dos municípios em 2007, contava com a presença de um profissional assistente social para 12 equipes da ESF, atuando 40 horas semanais. Em 2011, esse mesmo município, conta com uma assistente social 35 horas, lotada na secretaria de saúde, atendendo dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 20 horas no trabalho com a dependência química e na ESF somente quando chamada, totalizando no máximo 8 horas mensais. Houve uma redução em torno de 152 horas mensais do trabalho do assistente social junto às ESF, o que reflete diretamente em suas contribuições profissionais.

Outro município que em 2007 contava com a presença de um profissional assistente social para 03 equipes da ESF, atuando 30 horas semanais: em 2011, esse município, continua com a mesma assistente social, atuando 30 horas semanais, mas com 8 horas semanais em uma das três ESF que atendia antes, as

demais somente quando chamadas. Constatase também uma redução em torno de 88 horas mensais do trabalho do assistente social junto às ESF, deslocado para a área de saúde mental.

Esse dado revela a contradição entre o discurso do Ministério da Saúde no que se refere à Política Nacional de Atenção Básica e a ESF, em comparação à realidade encontrada nos municípios, que já haviam vivenciado uma abordagem mais coletiva na ESF. Em 2011, apresentam características que remetem para abordagem mais individual e a não garantia da continuidade do vínculo, cuidado na perspectiva da integralidade. Ao contrário da proposta, que afirma a ESF como responsável pela organização da saúde seguindo os preceitos do SUS, devendo ser prestada por uma equipe, como um direito social, o que remeteria ao reconhecimento da saúde como uma necessidade social básica.

Do mesmo modo, verifica-se que há a necessidade de profissionais assistentes sociais inseridos em processos de trabalho no âmbito da saúde mental e principalmente no campo da dependência química, como resultado do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos, por uma rede de atenção integrada em saúde mental. Para tal, são criados os dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços públicos de saúde mental, destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais, ou Centros de Atenção Psicossocial- álcool e drogas (CAPS- AD) para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, constituindo-se num centro de referência para o tratamento ambulatorial dos usuários que sofrem com a dependência química.

Entretanto a necessidade do profissional assistente social no campo da saúde mental, não justifica o “desmonte” do trabalho que era desenvolvido, em condições adversas, mas contribuía para a garantia do direito à saúde por meio das ESF. Dessa forma, o trabalho compromete a qualidade dos serviços prestados e a continuidade do vínculo, pois encontram-se realizando atividades de “apagar incêndio”. Quando surgem “casos”, são solicitadas. Por um lado, remete às “práticas conservadoras e moralistas da profissão”, quando os profissionais eram chamados para prestação de serviços emergenciais, assistencialistas, pontuais, na mediação dos “desajustados sociais” e seu caráter desprovido de cidadania. Por outro, a

sobrecarga de trabalho do profissional, que já existia em 2007, foi acentuada no período do estudo.

Em relação à **experiência profissional dos assistentes sociais em *lócus da ESF***, uma das assistentes sociais possui experiência de cinco (5) anos, a outra seis (6) meses no município. Ambas ingressaram via concurso público, com a garantia dos direitos trabalhistas, lotadas nas secretarias de saúde, dessa forma melhorando a questão da rotatividade, que interfere na criação de vínculos profissionais para com a comunidade e a própria equipe. Assim, não ficam mais submetidas à necessidade de desdobrar-se em duas ou mais secretarias municipais, fato esse comprovado anteriormente com a pesquisa empírica de (HOFFMANN, 2007). Portanto, verifica-se que as condições de trabalho e oferta de serviços se aprimoram por um lado, mas se fragilizam por outro, no desdobramento de atribuições na ESF e na saúde mental.

Quanto à **equipe básica da ESF**, fazem parte em cada equipe os profissionais: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e, (5- 6)agentes de saúde. Trabalham 40 horas semanais em cinco dias por semana, de acordo com as diretrizes da ESF. Chama atenção a realidade encontrada em uma equipe, cujo profissional médico também estava destinado a cumprir carga horária reduzida na ESF. Ao invés de cumprir as 40 horas semanais na ESF onde estava lotado, cumpria 20 horas; sendo que as outras 20 horas eram cumpridas num Centro de Saúde Mental. Isso demonstra que a ESF não conta em sua totalidade com o atendimento médico. Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006 b), a ESF é a principal porta de entrada para a atenção básica. Uma porta de entrada está mais próxima dos usuários, constitui-se no primeiro acesso à saúde, mas pode ser a Unidade Básica de Saúde, com ou sem ESF. Porém, sugere uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, dentre outros. É responsável pelo nível básico de atenção, e tem dentre seus fundamentos: o acesso universal e contínuo de qualidade e resolutivos; a integração entre ações programadas e demandas espontâneas; a valorização da equipe; ações de vínculos com a comunidade e a equipe, dentre outros (BRASIL, 2006 b). Assim, é fundamental a presença de todos os profissionais na UBS e ou ESF em tempo integral, situação agravada nesse município em que, a ESF era a própria UBS do bairro. Dessa forma fica comprometida a resolutividade, o

atendimento da demanda espontânea, dentre outros, o fato de mudança de modelo no que se refere à centralidade médica, não justifica o mesmo não estar presente na única unidade da comunidade.

Ainda, em relação à equipe: os assistentes sociais, os psicólogos também a compõem, na condição de profissionais de apoio. E, como tal, não possuem uma carga horária destinada às atividades da ESF. Vale ressaltar que nos municípios pesquisados não existe NASF, implantados, dessa forma, a ESF conta com o mínimo necessário em termos de áreas do saber. Ao mesmo tempo que a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL 2006b) sugere uma equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica, sugere uma “equipe mínima” na ESF, que, por melhor preparada que esteja, não vai dar conta da dimensão ampliada da saúde como um direito social. Assim, acaba por comprometer seus próprios fundamentos: [...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, [...]a integração [...]articulação das ações de promoção à saúde, prevenção, vigilância, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar, em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006b). Ressalta-se que a integralidade se constitui num dos princípios norteadoras da ESF, e pode ser definida como

“[...]abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em uma visão totalizadora, requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adscrita. Assim sendo, cabe à equipe da família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária (ANDRADE,[et.al], 2007, p.91)

Dessa forma, é fundamental na ESF outros profissionais, além dos tradicionais que sempre trabalhavam nos centros de saúde, como médico e enfermeiro, que possam contribuir com essa visão ampliada, o que repercute no produto do trabalho. Contraditoriamente a realidade dos municípios pesquisados, vários municípios brasileiros já contam com a inserção de outras categorias profissionais juntos às ESF, com 1371 NASF implantados (SIAB,2011)

No que se refere aos coordenadores da ESF, todos os profissionais são enfermeiros, essa é uma realidade, desde de que a ESF foi criada como PSF, no entanto, dentre as atribuições do profissional enfermeiro na ESF, não consta a de coordenação, essa escolha deve ser feita a partir de um consenso entre a equipe e



o gestor municipal. Contudo, é importante destacar que a gestão é uma competência e não atribuição privativa de qualquer área.

Quanto à caracterização dos usuários (21), treze (13) são mulheres e oito (homens); quanto à escolaridade: onze (11) possuem o ensino fundamental completo; oito (8) o ensino fundamental incompleto; um alfabetizado e um analfabeto. Em relação à faixa etária, todos possuem idade acima de 20 anos. A maioria são idosos (14), na faixa etária de 61-83 anos; dois (2) na faixa de 53-57 anos e cinco (5) jovens, na faixa etária de 26- 36 anos. A grande maioria participa dos grupos de prevenção como diabéticos e hipertensos, dada a organização do próprio serviço, que tem como foco a prevenção e a promoção à saúde, não desconsiderando as demais. A partir da demanda espontânea se estrutura a demanda organizada, e os desafios para centrar a atenção na pessoa saudável, priorizando grupos com maior risco de adoecer e morrer, como os idosos (ANDRADE [et.al], 2007).

#### **4.4.2.Categorias de análise**

Conforme já descrito anteriormente, essa pesquisa traz seu percurso metodológico, fundamentado no método dialético crítico, cujas categorias já foram explicitadas, mas para responder as indagações iniciais da pesquisadora e aos objetivos do estudo, também serão apresentadas as categorias teóricas explicativas da realidade, de modo articulado às respostas dos sujeitos. Cabe reiterar que as categorias do método permeiam todo o estudo e orientam a articulação do processo, como totalidade.

Quanto à **forma de inserção dos assistentes sociais nas ESF**, os mesmos têm percebido que

Se inserem bem. Em algumas unidades trabalha com equipe integrada. Em outras, não. Sente-se sozinha. Nesta unidade, percebe que a equipe esta mais amadurecida. Fazem discussões dos casos, a demanda é elevada. Em outras unidades trabalha muito sozinha. O caso é teu, tu resolve (assistente social 1)

A partir de um trabalho de integração interdisciplinar, depois junto com o trabalho na comunidade. Para integração entre os membros da equipe, há um distanciamento entre os profissionais das equipes, com toda a fala da interdisciplinaridade. A partir das demandas, do território para organizar a

casa. Aqui, de uma forma precária, em função da carga horária e de outras demandas. Função estrutural, falta carro para realização de visitas domiciliares, recursos para execução da ESF e para os agentes de saúde, condições de trabalho (assistente social 2)

A fala dos profissionais revela que os mesmos não têm se inserido, e não percebem que não fazem parte do processo. Ao contrário, existe um “distanciamento” entre os profissionais, “sente-se sozinha”, ou seja, não trabalham na perspectiva interdisciplinar e sim, “cada um no seu quadrado”, na perspectiva multidisciplinar compreendida como o “[...] conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto [...] sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico” (FILHO, 1997, p.11). Difere dessa realidade uma equipe que sugere um trabalho mais integrado, em uma das três unidades de saúde do município. Entretanto, o fato de realizar “discussões de casos”, não garante um trabalho interdisciplinar, ao contrário, “[...] veiculam práticas ligadas ao modelo biomédico, possuindo um conceito restrito de social, como caso ou problema de difícil solução (VASCONCELOS, [et.al], 2009, p.320). Nesse sentido, embora o SUS, e a ESF, como parte do sistema reconheçam a dimensão do conceito ampliado em saúde, ainda prevalecem visões do modelo hegemônico no setor saúde, referenciado no capítulo 2 dessa tese.

Além disso, uma profissional destaca **os limites do trabalho precarizado**, a que está submetida, seja pela demanda intensa, carga horária reduzida, como pelas dificuldades estruturais evidenciadas pela falta de condições de trabalho, para a realização de atividades como visita domiciliar.

Já na visão dos demais profissionais, um grupo identifica a inserção dos assistentes sociais **de forma pontual**, para o atendimento de demandas imediatas e de urgência, nem sempre desenvolvendo um trabalho integrado, o que remete à organização dos processos de trabalho em saúde, como pelo não reconhecimento de que a saúde é um conceito integral.

Não se insere. Trabalha em momentos muitos pontuais. Temos muito pouco contato com a assistente social (Grupo Focal ESF 2).

Acessam mais a assistente social da assistência social do que da saúde, pois a mesma está lotada no CAPS. (coordenador ESF 2)

Por, outro lado, há falta de continuidade das ações na saúde, revela o não reconhecimento por parte do gestor municipal, acerca da importância desse profissional junto à ESF, conforme constatado em pesquisa realizada por (Hoffmann, 2007) que evidenciou a presença de um assistente social 40 horas semanais no trabalho nas ESF.

Entretanto, as falas também mostram que, com uma única profissional envolvida - e a mesma tem participado junto às ESF- tanto na **realização de grupos de prevenção** como hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, grupo de depressivos e outros. Há eficiência na abordagem familiar e ainda, agilização das interações. Chama-se atenção à tendência de diversas políticas sociais, que trazem a família como centralidade para o atendimento das necessidades sociais, o que traz outra questão, a ser problematizada, relativa ao preparo ou ao despreparo de profissionais no trabalho com as famílias. Questiona-se até que ponto conhecem o contexto, as dificuldades, as formas de inserção e enfrentamento às suas vulnerabilidades? Cabe referir que emerge a **atribuição na realização das visitas domiciliares**, mais restrita aos agentes comunitários de saúde e ao assistente social.

Só tem uma AS conosco, participa das visitas domiciliares, grupo, e equipe interna. Tem uma paciência quando a gente precisa da ajuda com a família, se envolve com os casos, pega junto, com as interações também. (Grupo Focal ESF 1)

Contudo, essa é uma atribuição que cabe a todos os profissionais da equipe, seja para realizar busca ativa de faltosos, identificar grupos, indivíduos e famílias e seus fatores de risco, como para conhecer a realidade local a fim de planejar a intervenção conforme as necessidades dos usuários. A visita domiciliar é fundamental para “[...] a observação da residência, o registro das condições de vida e habitação e a avaliação dos recursos que contribuem para o diagnóstico familiar e para o entendimento de aspectos culturais (ANDRADE, [et.al], 2007, p103). Do mesmo modo, a visita domiciliar “[...] permite inserir-se na realidade da família, perceber a dinâmica familiar, fortalecer o vínculo com a comunidade, identificar situações de risco e planejar intervenções” (COSTA, 2003, p.48).

As falas dos demais profissionais retratam **o reconhecimento da qualidade do trabalho e do vínculo** estabelecido entre o profissional e os usuários. Remete à

importância dos vínculos afetivos de referências e confiança entre usuários e profissionais de saúde para promover o cuidado em saúde (CECÍLIO, 2006), a adesão aos serviços de saúde, prolongar a vida e a autonomia.

O que eu sei é que o trabalho é excelente. Como a comunidade é pequena a gente fica sabendo dos problemas, e a AS ajuda a intervir nestes casos. As agentes trazem as questões de dentro da casa das pessoas (Grupo Focal ESF 1).

As pessoas mentem para o médico, não se abrem para o médico, não deixam o médico saber das coisas e com a assistente social e a psicóloga se abrem e conseguem trabalhar com eles. Ela vai junto com a população. Ela tá lá no meio, faz o meio de campo, é uma pessoa aberta, se precisa de ajuda ela pede e resolve vários problemas. (Grupo Focal ESF 1)

Nas ESF os profissionais **assistentes sociais têm sido chamados** e reconhecidos pela sua intervenção profissional, junto aos usuários para o enfrentamento de suas vulnerabilidades sociais, necessidades de saúde e para a garantia de direitos sociais.

Eu considero muito importante. Temos muitas internações, drogadição. Fizemos visitas domiciliares juntas. Pessoas em situação de risco, idosos. Toda equipe depende muito do trabalho dela. A questão das drogas é muito forte. Por ser periferia é mais complicado, muito crack, alcoolismo. Não tem Caps, faz falta (coordenador ESF 1)

O assistente social é chamado em situações de risco, vulnerabilidade social. Necessidades diagnosticadas pela equipe. Situações de violência familiar. A assistente social poderia acompanhar além do posto, condições precárias de saúde, de vida, agressividade, violência, sexualidade. As famílias encontram-se com problemas, fragilizadas (coordenador ESF 2)

Questões de violência doméstica, vulnerabilidade social, baixa renda, para encaminhar para conseguir leite, remédio (coordenador geral ESF)

No reconhecimento de que a saúde é um conceito integral, que abrange os modos de vida, a garantia de qualidade de vida, os direitos sociais, identifica o Serviço Social no campo de atuação do PSF como área de excelência para seu trabalho. Os dados explicitam que no âmbito da saúde, os serviços públicos “[...] as relações entre saúde e iniquidade social se evidenciam: o social impregna diversas das demandas e necessidades vivenciadas pelos (as) usuários (as), que chegam para os profissionais de saúde” (VASCONCELOS, [et.al], 2009,p.319). O assistente social tem competência de prestar orientações a indivíduos, grupos e famílias, em situação de risco pessoal ou social, perante toda e qualquer violação de direitos, relacionados às políticas setoriais, via encaminhamentos aciona toda a rede de

proteção social. Dessa forma, profissionaliza-se no campo da garantia de direitos, desempenha importante papel na socialização de informações para democratização do acesso, e na ampliação da cidadania.

A formação profissional do assistente social fornece-lhe subsídios para entender a totalidade<sup>35</sup>; para perceber os usuários como sujeitos históricos; reconhecê-los como cidadãos de direitos, capazes de serem protagonistas na sociedade e, também, está mais próximo da realidade social, na ponta e no atendimento direto aos usuários, o que lhe permite uma intervenção estratégica e uma leitura crítica da realidade. Além de ter compromisso ético com a liberdade, democracia e justiça social e ter na questão social seu objeto de trabalho. Tendo as bases que justificam sua inserção nas ESF, as novas manifestações da questão social que impõem crescentes demandas de ampliação dos serviços de saúde (CFESS, 2008).

Chama-se atenção para o enfoque curativo e individual do trabalho profissional para “dar o leite”, o “remédio” o que dificulta a construção de um trabalho coletivo, integrado, que remeta para novas formas de organizar os processos de trabalho em saúde, bem como organizar os serviços e práticas e contrapor-se à herança conservadora da profissão.

Por outro, existem **dificuldades no cotidiano profissional** no que se refere às condições de trabalho, sobrecarga, comunicação, acesso ao profissional, que são contradições a produção e da reprodução da sociedade capitalista, pela conjuntura atual, pela desregulamentação dos direitos sociais, pela precarização das relações de trabalho e o fortalecimento do mercado na era da mundialização.

Percebo que a assistente social está bem sobrecarregada. Tem trabalho grande com as agentes de saúde. Os ACS procuram bastante a AS. Trazem casos, tem o grupo com a psicóloga, ACS e AS. Fazem trabalho diferenciado. É um espaço para questões pessoais, debates. A AS participa dos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes. (coordenador ESF 1)

Possui muito pouco contato, tem dificuldades de comunicação, de chegar, sentar e combinar. Quando consegue estabelecer o trabalho há uma boa relação (coordenador ESF 2)

---

<sup>35</sup> Totalidade entendida não como a reunião de todos os fatos, mas como uma unidade dialética, um todo articulado e interconectado. “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (KOSIK, 2002, p.44).

Nesse contexto, percebe-se uma maior integração do trabalho do assistente junto aos agentes de saúde e o profissional psicólogo, pois tem mais contato em virtude das visitas domiciliares e capacitações realizadas.

Os dados da pesquisa apontam que esse profissional tem sido acionado pelas equipes básicas e tem trabalhado nesse espaço dando sua contribuição, mesmo em condições precárias de trabalho, com reduzida carga horária e demanda intensa. Tem sido chamado para intervir nas diferentes expressões da Questão Social, que incide na dimensão social da saúde, para além da dor e do sofrimento, mas para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, para o acesso às políticas públicas e para o alcance do exercício da cidadania.

Assim, os profissionais assistentes sociais mencionam dentre as **expressões da questão social**, as desigualdades sociais, tais como:

Dependência química. os vínculos familiares fragilizados, desemprego, adoecimento, habitação precária. (assistente social 1)

O empobrecimento das comunidades, miséria, desemprego, desvalorização das pessoas. Quando não penso na pessoa, estou desvalorizando ela. (assistente social 2)

Ressalta-se, contudo, que não aparece em suas falas expressões de resistência, que também constituem a questão social e que se manifestam nos movimentos de resistência, de queixa, reclamação, participação nos conselhos, da mobilização da comunidade para suprir suas necessidades e contemplar seus interesses. As desigualdades sociais vivenciadas pelos usuários se materializam na dor, sofrimento, miséria, desemprego, mas também resistem através da luta pelo acesso à saúde, pelo atendimento médico, pela medicação, pela internação, pelo tratamento da dependência química, pelo acesso à moradia, pelas necessidades da intervenção de outros profissionais, seja para a prevenção, promoção e recuperação em saúde e todas as condições de vida a ela relacionadas. Destaca-se a importância do trabalho junto às famílias fragilizadas, indivíduos, grupos e comunidades a fim de contribuir para o fortalecimento dos vínculos afetivos, construção de estratégias que possam contribuir para superação de suas vulnerabilidades sociais e situações de violência intrafamiliar. Do mesmo modo, os vínculos comunitários para a construção de estratégias coletivas que venham ao encontro dos interesses e necessidades dos usuários, para além das rotinas

institucionais. Para tal, a necessidade de um profissional crítico, propositivo e capacitado para o desvendamento do objeto profissional, é fundamental, de modo que a intervenção possa ir além dos encaminhamentos, solicitações, pedidos de respostas, orientações, informações “de cada caso”, do caráter individual para o caráter coletivo, atendendo aos interesses e necessidades coletivas.

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

Contudo, o assistente social, na sua condição de assalariado, possui relativa autonomia, e sua intervenção independe de sua vontade, pois seu projeto profissional

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

Essa dupla dimensão vem refletindo no seu cotidiano profissional, seja pelas demandas intensas e diversificadas, pela falta de tempo para conhecer a realidade e os usuários, como o pouco tempo para planejar suas ações e uma infinidade de tarefas burocráticas, que acabam condicionando a capacidade crítica dos trabalhadores.

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

No que se refere às **concepções de integralidade os assistentes sociais** compreendem como

Todos os profissionais em caráter de complementaridade, multiprofissionais. Trabalhar as relações familiares, o meio, a comunidade. Perceber o indivíduo no seu contexto. Ver a relação profissional e a comunidade (assistente social 1)

Vejo como fundamental. Ela vem num processo de luta. A comunidade anseia por isso. Querem estar mais presentes. Adquirir mais conhecimentos sobre a saúde. Disponibilização de técnicos que pensam integralidade para este município. Conhecer as necessidades, o que é mais vulnerável, daí então, pensar o planejamento. Um conjunto de ações que deve viabilizar que as pessoas alcancem seus direitos e possam usufruir os recursos de forma universal( assistente social 2)

As falas apontam em direção de um trabalho interdisciplinar, formação de uma equipe multiprofissional, de caráter complementar, que discuta suas práticas e saberes. Além da percepção dos sujeitos enquanto ser social, de forma integral, inseridos num contexto familiar e comunitário, tal contexto social é construído socialmente, marcado por profundas desigualdades sociais, onde “ser igual perante a lei”, não permite igualdade de acesso, nem liberdade de escolhas. Contudo a integralidade compreende o usufruto dos direitos e recursos de forma universal. Ainda, emerge na fala a construção da integralidade, pelo processo de luta, a integralidade como um valor que precisa ser perseguido e pelo qual vale a pena lutar (MATTOS, 2006). Nesse sentido, compreende-se como uma luta que vem sendo travada desde a Constituição Federal de 1988, consolidação do SUS, mas que de fato ainda não se encerrou, precisa ser construída cotidianamente nos serviços de saúde, nas ESF, na gestão dos serviços, dos processos de trabalho e na mobilização comunitária. Para que os direitos sejam garantidos, as necessidades de saúde atendidas, considerando o contexto social e a família é necessária a articulação da saúde com as diferentes políticas sociais, atores, trabalhadores e comunidade.

É possível ainda, inferir que **a percepção da integralidade**, perpassa os princípios do SUS, principalmente as ações de saúde integrada ao cotidiano de vida dos usuários pela valorização do contexto. Evidenciam-se também, os princípios do Código de Ética do assistente social que remete ao movimento com outras categorias profissionais e a qualidade dos serviços prestados, uma vez que reconhece a necessidade de conhecer as condições e modos de vida para planejar as ações e dessa forma atender as necessidades em saúde com maior efetividade.

**Os coordenadores das ESF referem a concepção de integralidade** articulada ao atendimento, incluindo processos como resolutividade, acolhimento, e o trabalho em equipe, além da percepção do sujeito integral, como expresso nas falas:



Atendimento que tem que ser integral. 80% dos casos podem ser resolvidos na unidade. Necessidade de ver a pessoa de forma integral, ver além da doença e perceber o contexto social que está inserido.( coordenador ESF 1)

Perceber o paciente por inteiro. Acolher bem. Ver a questão bio-psico-social. Trabalhar em conjunto com o outro profissional.( coordenador ESF 2)

O trabalho em equipe, uma para a necessidade do outro. Trabalho multiprofissional, um dê segmento ao trabalho do outro e consiga atender as necessidades do paciente (coordenador geral ESF)

Chamam atenção para a necessidade de resolver os casos na unidade, para uma percepção de atendimento, que vai além do sofrimento em saúde, causado pela doença, para a necessidade de valorizar o contexto e reconhecem a importância do trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, agregando saberes e práticas. Esses são pressupostos para um trabalho em equipe, preventivo e não curativo, no qual a saúde seja defendida pelo conjunto dos profissionais dos serviços de saúde, e não por determinada categoria profissional, o que é coerente com o reconhecimento da saúde em sua dimensão ampliada.

**As equipes da ESF** no que se refere a concepção de integralidade, trazem a importância do vínculo e do acolhimento, destacam a necessidade de cada profissional atender bem, perceber o paciente por inteiro.

Acolhimento do usuário, me dou bem eles. Não tem integralidade, o SUS cobre tudo, é o melhor que tem, mas em compensação morrem na espera. Se importar, dar atenção, as vezes nem é tanto a consulta. Fazer o atendimento, olhar no olho. Falta de profissionais. Recebe o paciente por inteiro, não só no biológico, mas psicológico e social. (grupo focal ESF 2)

Por outro lado, revelam as falas que, não há integralidade no SUS no que se refere a organização dos serviços, em razão das respostas governamentais à política,

Tem que ser integral, das equipes, deveria ser das unidades, tem que estar vinculado. Quando a equipe não está, não funciona. Não havendo comunicação entre os serviços. Referência e contra referência. Tem que ter o retorno, o acompanhamento, integralidade dos serviços. O profissional tem que gostar. Ter visão integral do ser humano. Bio-psico-social, neste sentido Todos da equipe tendo respeito, aceitando as diferenças, para poderem trabalhar em comum ( grupo focal ESF 1)

Fica evidenciado que não existe uma rede de referência e contra referência que trabalhe de forma articulada contemplando os diferentes níveis de atenção, também a falta de condições de financiamento, é outro aspecto destacado. E, por

último, a falta de articulação entre as equipes. Reconhecem a relevância do diálogo, da comunicação, da troca e acompanhamento das equipes e serviços, para além da escuta das necessidades dos usuários, como fundamentais para subsidiar a organização dos serviços e processos de trabalho. A ESF “não se propõe a romper com o individual, mas a inclusão efetiva de ações que promovam a organização de coletivos no trabalho em equipe” (ANDRADE, 2007, p.90).

Embora os assistentes sociais trabalhem com a rede e as unidades dependam dela para atender às necessidades em saúde, a intersectorialidade não aparece nas falas. Contudo, a integralidade tem os fundamentos básicos [...] a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, que possibilitam uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde, superando o estatuto de profissão paramédica, típico do modelo biomédico (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 225), como também a inserção de uma equipe multiprofissional. O SUS concebe a saúde como direito social. Para tal, deve reconhecer a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersectorialidade, pois a saúde é resultante de múltiplas determinações e carece de uma abordagem de várias áreas, além da articulação de vários setores e políticas sociais. Este eixo necessário consta nos fundamentos da Política Nacional da Atenção Básica que:

Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e a reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006 b).

No entanto, a materialização da política não tem possibilitado condições financeiras e de recursos humanos para que a integralidade se realize, ao contrário, tem reproduzido práticas focalizadas e fragmentadas, alinhadas com o modelo hegemônico de saúde, que se propõe romper. É preciso considerar que a ESF, e a Política Nacional de Atenção Básica surgem num contexto de políticas de redução do papel do Estado, orientadas pelo Banco Mundial, com fundamentos na focalização e na privatização, como sinalizado no capítulo 2 dessa tese. Ou seja, na contracorrente do Projeto da Reforma Sanitária. Percebe-se claramente, os movimentos legais para atender os preceitos universalistas do SUS e de outro a redução dos direitos sociais legalmente constituídos.

Outro dado que chama atenção às **contribuições do profissional assistente social na ESF** para a garantia da integralidade é a concepção dos **próprios profissionais** assistentes sociais, acerca do tema, quando expressam:

O assistente social conforme a demanda, vai se aprimorando e vai trabalhando em rede. Trabalha na garantia dos direitos. Novas demandas, em virtude da escassez de outros profissionais, acaba assumindo funções administrativas, que poderiam ser realizadas por outros. Ver todo o contexto para amenizar o estresse emocional do dia a dia que as famílias vivem. Acompanhamento, para perceber o progresso. Traçar um plano de ação com as famílias, a escuta. Ver o que é possível mudar. (assistente social 1)

Conseguir levar o olhar diferenciado da situação, das particularidades de cada família. Do econômico, do social, visão de mundo, trabalhar com os recursos. Que os técnicos utilizem outros recursos da comunidade, e sair da mesmice. Diferentes formas de trabalhar, dinâmicas, recursos visuais, leituras. Se permitir incorporar recursos de outras áreas. Além disso, constituir um espaço de discussão e reflexão sobre a integralidade, para que lutem por isso no cotidiano também para a comunidade. (assistente social 2)

Os dados mostram que os profissionais assistentes sociais, assim como os demais trabalhadores, sofrem as novas conformações do mundo do trabalho, e acabam submetidos a processos de trabalho, exercendo funções que não lhes competem, a uma rotina excessiva que acaba por excluir o trabalhador do processo de criação fundamental ao trabalho concreto.

Por outro lado, revelam que os profissionais contribuem pela sua visão de homem e de mundo, pautada na perspectiva da totalidade, percebe a realidade de forma articulada, a partir do seu contexto social, econômico, político e cultural. Ademais, essa contribuição é fundamental, tendo em vista que as ESF estão localizadas em UBS nas áreas mais periféricas dos municípios, onde as condições de saúde são agravadas por condições de vida precárias, em virtude da pobreza, da dificuldade de acesso a bens e serviços coletivos, de problemas referentes a saneamento básico, moradia, alimentação, trabalho, lazer e educação. Desse modo, nas comunidades ocorrem situações que extrapolam as atribuições da equipe básica da ESF, composta pelo MS, e ao mesmo tempo a ESF [...] tem o coletivo como seu foco de atenção, entende que os indivíduos estão inseridos em famílias que, por sua vez, estão inseridas em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente (ANDRADE, 2007, p.89)

Os dados mostram também que o assistente social tem uma forma diferenciada de trabalhar, integrada com a comunidade e utilizando recursos

disponíveis para promover o debate e a reflexão sobre a integralidade, potencializando assim as práticas coletivas e democráticas, o que para a ESF é fundamental, devido a realidade social das famílias, indivíduos e comunidades, pela presença de fatores de risco e agravos à saúde, que resultam no adoecimento. Assim, [...] só com a abordagem coletiva poderá efetivamente provocar impacto profundo e duradouro nesse processo (ANDRADE, 2007, p 89)

Na **percepção dos coordenadores das ESF, as contribuições do assistente social** remetem também para o trabalho integrado e o foco no contexto social, familiar e comunitário. Tem dessa forma o reconhecimento do valor profissional junto à equipe, na realização das visitas domiciliares, no trabalho articulado com a rede, além das atividades de prevenção e demais atividades da Unidade Básica de Saúde. Confirmam os motivos pelos quais justificam a inserção desse profissional junto às equipes da ESF, pelo conceito ampliado em saúde e pela garantia de direitos, como revelado nas falas:

Com a AS temos abertura muito grande. Fizemos visita domiciliar juntas. Ela contribui para perceber o contexto social dos usuários. Não foca na doença (coordenador ESF 1)

O assistente social, lembra sociedade, vem para complementar, além do necessário. Para que possa acessar junto. Na ESF trabalhar a família, organização do bairro, comunidade, escolas. Tudo em volta. Trabalhar a prevenção fora e para acompanhar as atividades do posto. (coordenador ESF 2)

Igualmente, com o reconhecimento das contribuições do profissional, o mesmo não está trabalhando efetivamente em um dos municípios, como já caracterizado que sua inserção se dava de forma pontual.

O assistente social não está trabalhando efetivamente na ESF. Consegue dar um suporte, na área social porque nas unidades não tem assistente social ( coordenador geral ESF).

Fato lamentável que revela a “política de desmonte” ocorrida nesse município, tendo em vista as evidências do trabalho desenvolvido anteriormente e que não teve continuidade (Hoffmann, 2007), devido o deslocamento do profissional assistente social junto a política de saúde mental.

**Na percepção das equipes das ESF, as contribuições dos assistentes sociais** são assim percebidas

Participando junto na equipe, mostrando sua forma de trabalhar. Equipe básica não dá conta, necessita da equipe de apoio. Ela se articula muito

bem com a rede, tem uma boa comunicação com a secretária, consegue coisas para nós usufruir. É a única profissional que conhece todas as unidades. Ela faz a reflexão por trás da doença, o contexto, a cultura, sobre as condições de higiene sobre as famílias que é uma reclamação da equipe. Quando a saúde era só curativa já tinha AS. Na época do PACS. Tinha a psicóloga. Elas sempre se envolveram com a comunidade. O trabalho da nossa equipe mudou muito com AS, mostrando possibilidades, era mais distanciado, agora é mais fácil chegar nela (grupo focal 1)

Essa fala demonstra que, após o trabalho do assistente social integrado à ESF, houve melhorias nas relações da equipe e da própria ESF. Novamente o reconhecimento do trabalho pela consideração pela articulação do contexto social, familiar e comunitário, da rede da saúde para além da doença. Disso decorre a necessidade do assistente social ter clareza acerca da articulação do sistema de saúde com as demais políticas sociais, além do desafio da interdisciplinaridade, pois, no seu cotidiano profissional a violação de direitos é algo presente e para enfrentá-la precisa do domínio sobre a rede descentralizada e hierarquizada, a fim de atender a necessidade social dos usuários para socialização de informações, que não se restringem ao mero repasse de normas e recursos, ao contrário, uma informação repassada como direito social (IAMAMOTO, 2007). O Serviço Social profissionaliza-se na “[...] mediação de certos conflitos e tensões sócio-institucionais no âmbito das políticas sociais. [...]” (ALMEIDA, 1996, p.27) por perceber os usuários como sujeitos históricos; reconhece- os como cidadãos de direitos.

Contraditoriamente, outra fala reflete uma prática conservadora e higienista dos assistentes sociais, como nos primórdios da profissão, quando era considerada uma profissão, “auxiliar do médico”, nas campanhas higienistas e práticas voltadas para manutenção da saúde física do trabalhador para a produção das fábricas. Contudo, na contemporaneidade, pressupõe-se que os profissionais rompam com o trabalho focado no “caso” pontual, emergencial e percebam num contexto mais amplo a possibilidade da coletividade. Não é porque na maioria das vezes realiza seu trabalho na ponta, no atendimento direto e individual com os usuários, que não tenha potencialidade para reconhecer a realidade social dos mesmos, inseridos numa coletividade, para ter acesso aos seus direitos. Contudo, seu trabalho nas relações sociais capitalistas, contraditoriamente,

[...] responde tanto a demanda do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela

mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadoras, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história. (IAMAMOTO, 2006, p.170)

O grupo focal de uma das equipes fala sobre quais seriam as contribuições do assistente social, uma vez que não existe um trabalho efetivo, mas também remete para as necessidades pontuais, emergenciais e assistenciais, além da intersectorialidade.

Se tivesse presente nos casos de urgência, moradia, falta banheiro, saneamento básico, a assistente social poderia acionar outros serviços. Acontece a perda de documentos da secretaria quando encaminha para a assistente social para os registros. Precisa do assistente social para outros encaminhamentos para além do posto, porque só o aval da enfermeira não é suficiente. Necessidade de trabalhar intersectorial (grupo focal ESF 2)

Dessa forma, afirma o lugar subalterno do profissional junto às equipes, atuando somente quando solicitado, para atendimentos emergenciais restritos quando surge uma necessidade que outros profissionais não resolvem. Diante dessa realidade, é preciso reafirmar nos espaços ocupacionais, como a ESF, as condições para efetivar um trabalho de

[...] caráter universalista e democrático apostando no avanço da democracia, fundada nos princípios da participação e do controle popular, da universalização dos direitos, garantindo a gratuidade, no acesso aos serviços, a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos na perspectiva da equidade. (IAMAMOTO, 2006, p.189).

Do mesmo modo, compete ao profissional assistente social, dar visibilidade de suas contribuições a partir de um trabalho voltado à educação em saúde, prevenção, pois a ESF prioriza em suas bases “[...] a promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção (ANDRADE, 2007, p.89)” e para tal precisa de um trabalho em equipe, conjunto de estratégias governamentais, que envolva profissionais, comunidade, indivíduos e famílias.

Entende-se que se coloca o desafio para o profissional assistente social em contribuir com as boas práticas em saúde, para ampliação de sua atuação profissional, do mesmo modo contribuir para a materialização do projeto ético-

político e do Projeto da Reforma Sanitária, mas precisa ter competência teórica e técnica para

“[...] negociar e propor com a instituição os seus projetos, indo além da rotina institucional, buscando aprender o movimento da realidade social, as tendências e possibilidades que se fazem presentes nos espaços sócio-ocupacionais para ir além do dado e aparente e transformá-las em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2006 p. 186).

Outro dado que chama atenção, refere **as mudanças ocorridas quando o Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser uma Estratégia Saúde da Família (ESF)**, na compreensão dos coordenadores das ESF,

Mudança maior no nome, de pessoal. Percebe que há necessidade de capacitação para o trabalho com a ESF. Irá realizar um pós-graduação, para se qualificar (coordenador ESF 1).

O programa é algo que pode acabar e estratégia é algo que tem continuidade, resultado, a longo prazo. Vai mudando aos poucos, resultados terá daqui há 5 anos. Estratégia de prevenção, promoção a saúde (coordenador ESF 2)

Não deu para perceber muito as mudanças. Hoje não há a finalização de um programa. A mudança foi praticamente só no nome, porque aqui o trabalho com os grupos continuou da mesma forma. Atendendo as necessidades dos usuários. O trabalho continua da mesma forma (coordenador geral ESF)

As falas dos coordenadores da ESF, a *priori* seriam os que maior apropriação da mesma poderiam ter, em virtude da gestão, do acompanhamento da organização da atenção básica entre os entes federados, revelam que não houve mudanças significativas, inclusive tais mudanças sugerem ser apenas na nomenclatura. Apontam para o não reconhecimento da ESF como uma estratégia do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade ”(BRASIL, 2006).

As **equipes da ESF** corroboram com a visão dos gestores, afirmando que mudou praticamente só o nome

ficamos sabendo depois que passou de PSF- ESF- só mudou o nome. Nem sei porque estratégia. Agora é estratégia, o programa acabaria, a estratégia, a estratégia trabalha a integralidade. Por isso que eu disse que não funciona. Vai ter mais gente com depressão (grupo focal ESF 1)

Piorou. Sistema de referência e contra-referência, para nós piorou. Equipe nova sem treinamento. Quando vim trabalhar aqui, nunca tinha trabalhado na saúde e não tive nenhuma capacitação. Enquanto estratégia tem que ter planejamento para o atendimento psíquico e físico. Tem aqueles que querem conversar. Tem que fazer prevenção, amenizar (grupo focal ESF 2).

Entretanto, revelam outros limites, mudanças para pior, no que diz respeito ao sistema de referência e contra-referência, entre os quais se destacam a falta de capacitação da equipe e do planejamento de ações que contemplem as necessidades de saúde, para além das boas condições de saúde. Estes dados contradizem as proposta do Pacto pela Saúde que afirmava a necessidade do fortalecimento da Atenção Primária, a articulação intersetorial, o papel dos Estados e recursos necessários.

Os usuários demonstraram não ter conhecimento, nem sequer sabiam acerca da existência do PSF “Não tem conhecimento, não chamam de ESF. Não sabiam nem o que era PSF e ESF” (grupo focal usuários).

Uma estratégia que se propõe a organizar a Atenção Básica, além de ser uma porta de entrada, pois esse é o começo, é o primeiro contato. Para ter o acesso, precisa necessariamente acessar a saúde de forma que possibilite o atendimento das necessidades de saúde, que só ocorre pela articulação da atenção básica com os diferentes níveis de atenção e com os diferentes setores e políticas sociais, e ainda diferentes profissionais, pois a ESF, deve considerar que

O indivíduo é um todo, que faz parte de uma família, inserido em uma comunidade num determinado bairro. Remete para [...] necessária abordagem totalizadora para que se alcance o objetivo de promover saúde entendida como qualidade de vida. [...] várias categorias profissionais necessariamente devem trabalhar em conjunto, havendo espaço para aplicação do núcleo do conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Entretanto muito frequentemente ocorrem situações complexas na comunidade que requerem uma abordagem interdisciplinar (ANDRADE, 2007, p.90)

Para organizar um novo modelo assistencial, como proposto pela ESF, é necessário investir no nível de atenção, que dá o acesso à saúde, o que significa mudanças nas estruturas, nos recursos, nas respostas governamentais. Contudo, é fundamental que ocorram mudanças efetivas na subjetividade dos trabalhadores, que perpassa todas as tecnologias utilizadas para produção da saúde, mudanças que [...] penetre de forma aguda nos valores e comportamentos presentes nos profissionais de saúde, principalmente o médico (MERHY, 2007, p.83). Entretanto



para que ocorram mudanças na subjetividade dos trabalhadores é preciso mudar as condições objetivas da realidade concreta, a partir das diretrizes do acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia, de modo a universalizar o acesso pela porta de entrada, estabelecendo vínculos de referências entre usuários e equipe, responsabilizando os mesmos em promover cuidados, além do ganho da autonomia do usuário em “viver a vida” (MERHY, 2007).

Compreende-se que esses são quesitos fundamentais para reafirmar os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006)

Todavia, assim como as demais políticas sociais brasileiras, a saúde é produto de uma correlação de forças desfavorável, com orientação conservadora que resulta na contraditória convivência entre a universalização e a seletividade (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Essas características levam à fragmentação, à focalização e à precarização dos serviços ofertados pela diminuição do financiamento por parte do Estado devido à subordinação à lógica econômica e à leitura ainda caudatária, em termos de valores em relação ao desenvolvimento social, em que pesem os discursos apontarem para a centralidade desse tema.

## 5 CONCLUSÕES

Dar início às conclusões desta tese é trazer seu significado para além do encerramento de uma produção científica, uma vez que não se acaba, pois gerará tantas outras indagações. No entanto, servirá como indicação, avanço de reflexões e inquietações que estavam latentes desde o término do mestrado, cujo objeto tinha uma relação direta com o tema de estudo desta tese. Significa encerrar um ciclo na vida pessoal e profissional; representa a luta e as dificuldades vencidas para retomar os estudos; representa o reconhecimento de ser alguém singular, especial e que carece de cuidados; representa buscar na memória e na história momentos carregados de significados, anos de convivência com gente do bem, encontros com a orientadora, com os colegas, amigos e professores, cuja relação transcende este trabalho e se constitui em laços afetivos; a convivência com alunos e estagiários; o reconhecimento do carinho, apoio e torcida de familiares, amigos, colegas e professores dos dois espaços ocupacionais, das duas cidades e das duas casas.

Esta tese constituiu-se em meio a muitas turbulências pessoais e profissionais, cujo processo de produção foi dificultado por diversas vezes pela condição de trabalhadora assalariada, que precisou dividir tempo entre o trabalho da docência, da gestão, estudos, deslocamentos semanais, tendo em vista a distância geográfica entre esses espaços.

Como já mencionado na introdução, a aproximação dessa temática se iniciou no período em que vivenciei o trabalho na política de saúde, que realizou uma série de interrogações, constituindo o trabalho do assistente social nas Estratégias Saúde da Família, como objeto de estudo na dissertação. Após, como professora da disciplina de Política Setorial de Saúde, buscar seu aprofundamento, por meio de revisão bibliográfica e socialização de experiências profissionais na área e então retomar a discussão no doutorado. Este momento ímpar possibilitou o resgate na história, a problematização de como vem se constituindo os espaços ocupacionais do assistente social, particularmente na área da saúde.

O trabalho apresentado teve como proposta central investigar e estabelecer mediações acerca da integralidade e o trabalho do assistente social na Estratégia Saúde da Família, buscando desvendar limites, possibilidades e contradições, presentes na organização, operacionalização e concepções desse processo.

Ressalta-se a importância da pesquisa para conhecer a realidade social, qualificar a intervenção, dar respostas profissionais condizentes com a realidade, no intuito de atender as demandas institucionais, profissionais, que vão ao encontro dos interesses e necessidades dos usuários, dos trabalhadores da saúde e à garantia de direitos, como possibilidade de transformar a realidade e contribuir para o exercício da cidadania.

Do mesmo modo, a escolha do método dialético crítico vem para compreender esta realidade, que é construída socialmente ao longo da história, de forma não linear e contraditória, que precisa ser decodificada nas suas partes, de forma articulada, interconectada, desvendando suas relações, pois sem elas não é possível compreender o todo, uma vez que mutuamente se influenciam como um conjunto da totalidade social, vivenciada pelos sujeitos sociais no cotidiano. Procurou-se voltar ao passado, para compreender o momento presente a fim de realizar reflexões para pensar o futuro e nele a profissão de assistente social.

Nesta perspectiva, refletir sobre a Integralidade na Saúde nesta tese possibilitou dar visibilidade acerca da construção da integralidade e sua relação com o trabalho do assistente social. O capítulo 2 possibilitou compreender a integralidade da atenção à saúde a partir do resgate histórico da Política de Saúde no Brasil, no intuito de contextualizar o cenário, seus principais marcos históricos, os movimentos de avanços na construção da saúde como um direito social. Procurou-se potencializar o debate de que o Movimento da Reforma Sanitária reivindicou o direito à saúde como direito de cidadania para todos, não apenas para alguns, visto que a saúde se constitui no direito de “viver a vida”, o que implica condições, modo e qualidade de vida.

O percurso da construção da integralidade vem sendo revelado a partir das discussões no contexto da Reforma do Estado e seus rebatimentos, vistos como retrocessos e reflexos da política econômica de recorte neoliberal; do Pacto pela Saúde e seu fortalecimento percebido como um movimento de retomada dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS; a relação da integralidade e da Estratégia Saúde da Família, os desafios de efetivar a atenção primária, desvendando as contradições existentes em cumprir os preceitos da universalidade, equidade, integralidade, e a necessidade de contenção de gastos públicos e racionalização de serviços. Ressalta a importância da família para a garantia da integralidade, para tal

o reconhecimento de seus diversos arranjos familiares, suas formas de organização para dar conta de seu papel de proteção social a fim de qualificar os processos de trabalho que tem a família e saúde como campo privilegiado de atuação.

Assim, através da concepção e sentidos da integralidade ela é considerada como categoria central para o alcance do direito à saúde, o que pressupõe levar em conta as desigualdades sociais, as boas práticas de saúde, o modo de organizar os serviços e os processos de trabalho, as respostas governamentais para atender as necessidades e interesses dos usuários da política de saúde.

Evidencia-se que apesar de todos os avanços da saúde brasileira, a integralidade não avança, muito ainda é preciso construir para que a saúde se constitua num direito de cidadania. Vive-se em tempos adversos a integração, pois a sociedade do “individualismo, consumo e fragmento” é contraditória à integralidade e percebe-se a existência do fragmento, na formação profissional dos trabalhadores de saúde, nas práticas de saúde, na constituição das redes intersetoriais, nos serviços de referência e contra-referência.

Desta forma, a saúde ainda apresenta características não universalistas, seletivas, focalizadas e fragmentadas, que inviabilizam a integralidade e seus pares da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Vive-se o paradoxo de cumprir com os preceitos do SUS, orientado pelos princípios democráticos, e atender os preceitos do mercado, da política econômica de recorte neoliberal, orientados pelo Banco Mundial.

Destaca-se que a ESF tem se configurado como um importante espaço ocupacional do assistente social e, como todo e qualquer espaço, apresenta contradições, limites e possibilidades para o exercício desse trabalho, que necessita ser desvendado para romper com situações de alienação e tornar possível a efetivação de uma práxis que responda aos interesses e necessidades dos usuários, reforçando princípios democráticos, por meio da participação e do controle social.

A problematização sobre a Integralidade, o trabalho do assistente social, e particularmente o trabalho profissional na área da saúde careceu de uma discussão sobre a concepção que se tem de trabalho, fundamentada pela perspectiva marxista. As reflexões feitas no terceiro capítulo possibilitaram a contextualização sobre a forma como se constitui o trabalho na sociedade contemporânea, sua centralidade na vida dos sujeitos e suas transformações decorrentes das mutações

no mundo do trabalho. Assim, contextualiza-se as três revoluções industriais e seus rebatimentos na vida da classe trabalhadora. Destaca-se que os marcos da reestruturação produtiva alteram significativamente os processos de trabalho dos quais o assistente social participa. Alteram os processos e as relações de trabalho como resultantes da lógica de acumulação capitalista. Todavia, a centralidade não muda: a acumulação de capital, superexploração da classe trabalhadora.

Estes elementos tornam-se o solo que propicia a análise do trabalho e da profissão de assistente social, inserida na divisão social do trabalho. Destaca-se a trajetória histórica, como se constituiu servindo aos interesses do capital e ao mesmo tempo respondendo aos interesses e necessidades da classe trabalhadora. Traz seus principais fundamentos e a construção do projeto ético-político da profissão, seus documentos que explicitam a formação, as competências e atribuições profissionais, bem como seus valores, que legitimam, outrossim, a auto-imagem e identidade profissional.

Este projeto profissional vincula-se a uma outra ordem societária e direciona uma outra forma de ser e atuar da profissão para a construção de um perfil profissional crítico, propositivo, capaz de atuar nas diferentes expressões da questão social, que lhe exige competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Refere o trabalho, pela compreensão de que se desenvolve por meio de processos de trabalho e seus elementos constitutivos, evidenciando os da profissão. Destaca os principais desafios em materializar o projeto ético-político da profissão através do trabalho do assistente social na saúde e na busca da efetivação dos parâmetros de atuação profissional.

Ao analisar o trabalho do assistente social, particularmente na área da saúde, percebe-se que os princípios do Código de Ética Profissional vão ao encontro dos princípios da Reforma Sanitária e o SUS. O primeiro remete à liberdade, autonomia, emancipação dos indivíduos sociais, defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação da cidadania, democracia, equidade, justiça social, eliminação de preconceitos, inventivo a diversidade, pluralismo. O segundo, a saúde como um direito social universal, equidade, igualdade nos serviços oferecidos, participação social, controle social, democratização do acesso, interdisciplinaridade, intersetorialidade.

Do mesmo modo, contrapõem-se à lógica do projeto privatista e reconhecem o conceito ampliado de saúde. Desta forma, o profissional assistente social tem o compromisso ético de politizar o direito à saúde como direito de cidadania, denunciar toda e qualquer forma de violação de direitos, propor mudanças em rotinas, organização de serviços, práticas de saúde que vão ao encontro da garantia da integralidade. Para tal, necessita apreender o objeto de intervenção na saúde, para além da dor e do sofrimento e reconhecer a dimensão da rebeldia como expressão da Questão Social, pois assim potencializará a participação dos usuários no planejamento dos processos de trabalho dos quais participa, considerando a centralidade da luta de classe, do embate político para o enfrentamento das expressões de desigualdades sociais.

A pesquisa realizada com o objetivo de analisar de que forma o trabalho do assistente social pode contribuir para a garantia da integralidade em saúde, aponta para a necessidade dos profissionais reverem sua forma de atuação nos processos de trabalho dos quais participa. Tendo em vista o não reconhecimento das expressões de resistência da Questão Social nas suas falas e a direção do trabalho profissional que ora vai ao encontro do projeto ético-político, ora remete ao projeto privatista, constituindo-se em práticas conservadoras e moralistas, que fazem parte da história da profissão e que não deveriam, *a priori*, ser presentes. Entretanto, cabe ressaltar que conservadorismo moral faz-se presente na profissão e para enfrentá-lo é necessário mostrar além do aparente, desnudá-lo no cotidiano profissional a fim de que seja superado.

Procurando responder aos objetivos desta pesquisa e revelar as principais mudanças ocorridas do Programa Saúde da Família para a Estratégia Saúde da Família, as falas evidenciam que as mesmas foram relativas à mudança no nome, não mudou a lógica no atendimento das necessidades dos usuários, continua a mesma organização do trabalho. Os usuários nem sequer sabiam acerca da existência do PSF e ESF, contradizendo a proposta do próprio Ministério da Saúde, na criação da ESF e na organização da Política Nacional de Atenção Básica.

No que se refere à forma de inserção dos assistentes sociais nas ESFs, ocorre através da inserção em equipe de apoio, com carga horária reduzida, de forma precarizada e mais integrada ao trabalho com os agentes comunitários de saúde e psicólogos. Vivenciam os limites do trabalho precarizado, submetidas a uma

demanda intensa, a falta de condições de trabalho. Contudo, esta inserção possibilitou como principais mudanças a aproximação com a equipe, o estabelecimento de vínculos e a melhoria das relações entre os integrantes da equipe, e o atendimento das demandas dos usuários no que se refere a encaminhamentos e garantia de direitos.

As concepções e práticas que permeiam a ESF dos assistentes sociais e demais técnicos da ESF acerca da integralidade referem a partir da formação de um trabalho com equipe multiprofissional de caráter complementar, que discuta suas práticas e saberes. Reconhecem a visão integral dos sujeitos, enquanto seres sociais, inseridos num contexto familiar e comunitário. É possível afirmar que estes pressupostos são importantes para um trabalho em equipe, referem as práticas de saúde e processos de trabalho, que devem ser defendidos pelo conjunto de profissionais e não por determinada categoria, coerente com o conceito ampliado de saúde. No entanto, para a garantia da integralidade também é necessário a organização dos serviços levando em conta as respostas governamentais da política, e fica evidenciado que não existe uma rede de referência e contra-referência que trabalhe de forma articulada.

Em se tratando do trabalho do assistente social, por um lado se desenvolve de forma pontual, emergencial, assistencial, para atendimento de demandas imediatas e urgentes, por outro, remete ao trabalho integrado com a equipe, com foco no contexto social, familiar e comunitário. Tem, dessa forma, o reconhecimento do valor profissional junto à equipe, na realização das visitas domiciliares, no trabalho articulado com a rede, além das atividades de prevenção e demais atividades do posto.

O assistente social tem sido chamado e reconhecido tanto na intervenção junto aos usuários, com enfoque individual e curativo, para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, necessidades de saúde, particularmente a dependência química, situações de risco, violência. Do mesmo modo para a realização de grupos de prevenção, no enfoque coletivo e preventivo, pelo reconhecimento do vínculo e qualidade do trabalho.

Identifica-se que as principais contribuições deste profissional na ESF para a garantia da integralidade em saúde nas falas dos profissionais expressam a diferenciada visão de homem e de mundo, a forma de compreender a realidade

social dos sujeitos com os quais trabalha, integrado na comunidade. Do mesmo modo os demais técnicos referem as contribuições a partir de um trabalho integrado, focado no contexto social, familiar e comunitário. Ainda, as melhorias na ESF após o trabalho do assistente social, pois denotam a clareza do profissional de articular a política de saúde com as demais políticas sociais no atendimento das necessidades de saúde.

Ao finalizar, é importante destacar que, para além do cumprimento de um requisito para a obtenção de título de doutora, o estudo remete para uma série de interrogações a respeito do tema e deixa um tom provocativo para se continuar a interlocução com autores que venham a qualificar ainda mais o debate. Isso porque um estudo não se esgota em si mesmo, ao contrário, dá embasamento para outros novos, é um princípio, não um fim.

Assim, esta pesquisa objetivou também ser instrumento de trabalho que contribuísse na formação de novos conhecimentos no sentido de estar comprometido eticamente com a atualização permanente e sintonizado no ritmo das mudanças sociais (IAMAMOTO, 2001), pois as mudanças no cenário social e econômico movimentam-se à velocidade da luz, e ao assistente social cabe estar informado e ter consistência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, o que significa estar capacitado para dar conta da realidade social.

Nesse sentido, as efetivas contribuições dos assistentes sociais junto às ESFs serão significativas quando a inserção do assistente social for elemento constitutivo da equipe básica de saúde da ESF, em conjunto com os demais profissionais da saúde, que também não fazem parte, a saber: psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros, para que possam trabalhar a saúde numa dimensão ampliada. Assim se colocariam, em tese, as condições para que esse trabalho possa ser revestido de qualidade teórica, política, ética e técnico-operativa, no sentido de contribuir para a garantia dos princípios do SUS e, desse modo, defender a saúde como direito de todos.

Para concluir, destaca-se que o assistente social tem na sua formação conteúdos teórico-metodológicos, com orientação pela perspectiva materialista dialética, que aporta para a necessidade de compreender a realidade social a partir de como a sociedade se organiza para produzir, o que remete para o estudo da vida econômica e social, logo, em tese, desenvolve competências para contribuir com a



construção da integralidade, fundamentadas pelo documentos ABEPSS, e regulamentos da profissão. Tais conteúdos remetem para compreensão sobre as transformações das relações de trabalho, perda dos valores de proteção social dos trabalhadores e dos setores mais vulnerabilizados, tendo em vista a regressão dos direitos sociais, como também a necessidade de fortalecer a saúde como política de seguridade social.

Ressalta-se que o assistente social pode contribuir na composição de uma equipe de saúde, trabalhando a dimensão da saúde para além da doença, preconizando o conceito ampliado de saúde; reconhecendo o protagonismo dos sujeitos com os quais trabalha, procurando superar práticas imediatistas, burocráticas, tarefairas, assistenciais e individuais, avançando para o campo da coletividade, pelo fortalecimento das práticas democráticas e do controle social, embora não tenha se evidenciado a importância deste nas falas. E ainda, o reconhecimento do trabalho interdisciplinar e intersetorial para que se avance na construção da integralidade, pois acredita-se que quando a integralidade for alcançada a saúde será um direito social de cidadania.

Outra contribuição do trabalho do assistente social pode ser no desocultamento das contradições que constituem o trabalho na área da saúde, procurando desvendar as demandas dos dois projetos que disputam: Reforma Sanitária e Projeto Privatista.

Também entende-se ser necessário retomar a discussão da matricialidade familiar para que todos os profissionais possam trabalhar nesta perspectiva, além de destacar a importância da prevenção, da intersetorialidade e da interdisciplinaridade para que possam reverter as práticas e organizações de serviços, desburocratizando as mesmas e facilitando a articulação entre as demais políticas sociais, que não competem somente ao assistente social, mas aos demais profissionais de saúde a fim de que os usuários conheçam seus direitos e saibam onde acessá-los.

Por último, apreender as dimensões das expressões da Questão Social para realizar as mediações necessárias a fim de atender as demandas profissionais dos usuários, para a superação de práticas individuais e burocráticas, que possam permear a trajetória do cuidado em saúde para a garantia da integralidade. Para tal, trabalhar na perspectiva da totalidade, contemplando processos organizativos e

educativos, além de fazer a crítica à política de saúde e secundarização da Estratégia Saúde da Família.

Os profissionais que participaram da pesquisa desta tese demonstram estar sendo acionados para práticas conservadoras no atendimento dos usuários da saúde, nos espaços que deveriam alavancar as “novas formas de organizar os serviços” após a Reforma Sanitária: as ESF como mecanismos de fortalecimento da Atenção Primária. Os dados evidenciaram as contradições desse espaço, vistos como essenciais para retomada dos limites e das possibilidades colocados aos profissionais comprometidos com os usuários da política de saúde na garantia da integralidade para as efetivas contribuições profissionais.

Ademais, a pesquisa (HOFFMANN, 2007) identificava-se na fala da equipe que “o trabalho do assistente social é garantir os direitos das pessoas e ajudar o agente de saúde a estimular as pessoas a buscarem seus direitos”. Se reconhecerem como cidadãos”... “[...] Estimular a família para que as pessoas mesmas tomem suas decisões e vão em busca por elas mesmas, assumindo seu papel. Agilizar o atendimento em outros setores”. (entrevista 08). “Aprendi, o assistente social não é para levar as coisas para as pessoas”. “É fazer as pessoas buscarem o que precisam”. “Não é para sacolão, mas para conscientizar as pessoas para elas irem atrás do que precisam, dos seus direitos” (entrevista 09). Dessa forma, justifica-se a necessidade da inserção do assistente social nas equipes da ESF.

Para a qualificação dos processos de trabalho na área da saúde, nas ESF sugere-se a realização de capacitações, debates acerca da categoria integralidade, seus sentidos e concepções para que possam planejar e organizar outras formas de atuação. Entende-se do mesmo modo que os estudos e as pesquisas medeiam as demandas expressas, articulando a formação na graduação e especialização, que tenham a saúde como centro, a exemplo das residências multiprofissionais.

Por fim, a articulação entre os trabalhadores para lutar por melhores condições de trabalho, mais adequadas, é fundamental não só para que o trabalho não se limite num fardo e desgaste de energia, mas porque essas condições impactam nos seus resultados, no produto do trabalho, no caso da política em tela, na saúde da população.

Ademais, não há como materializar a integralidade, sem considerar todo o sistema de proteção social. Nele há o sistema de saúde, e seus respectivos princípios e diretrizes, o que pressupõe um serviço de referência e contra referência, com políticas e práticas articuladas, capazes de compreender os usuários na perspectiva da totalidade, de forma integral, no seu contexto familiar e comunitário, na sua dimensão social, suas condições e modo de vida, partindo da concepção do “conceito ampliado de saúde”, que deveria ser garantido pela articulação da saúde com as demais políticas sociais e não como uma política reduzida à cura de doenças.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*. Ciência & Saúde Coletiva. II (1-2), 1997.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de [et.al]. *Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et.al]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Cláudio Duarte da; HARZHEIN, Erno. *A Estratégia Saúde da Família*. In: DUNCAN, Bruce B [et.al]. *Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 11ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. *As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital*. Rev. Educação e Sociedade, Campinas, vol.25, n.87, p 335-351, maio/ago.2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 10 mai.2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL- Abepss. *Diretrizes curriculares para o curso de serviço social* (Com base no Currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 08 de novembro de 1996.). Rio de Janeiro, nov.1996.
- BARATA, Rita Barradas. *Desigualdades Sociais em Saúde*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et.al]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética e serviço social*. Fundamentos ontológicos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em Contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, Eliane Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)
- BEHRING, Eliane Rosseti; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. *Questão Social e Direitos*. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

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

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001*: regulamentação da Lei nº 8.080/90 /Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. *Programa Saúde da Família*. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde, Brasília. Portaria GM/MS 399/2006a. Cria o Pacto pela Saúde. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 12 dez. 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 648/2006b. Cria a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 12 dez. 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 649/2006c. Define valores financiamento para Atenção Básica ano 2006. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 650/2006d. Define os valores de financiamento para o PAB fixo e Variável para as ESF e os PACS. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 698/2006e. Define responsabilidades entre ente federados na Atenção Básica. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 154/2006f. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em 12 fev.2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 822/2006g. Altera modalidades para ESF e PACS. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 2133/2006h. Define valor mínimo do PAB Fixo. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011. 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 7502006i. Estabelece Normas cadastramentos das ESF com saúde bucal. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 35/2007a. Estabelece programa de educação permanente para ESF. Disponível na Internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Brasília. Portaria GM/MS 1625/2007b. Altera atribuições equipe ESF. Disponível na internet: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br) Acesso em 20 ago. 2011.

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

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

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

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a Cidadania*. A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed.34; Brasília: ENAP, 1998.

CAMPOS, G. W.S.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. In: Ciência & Saúde Coletiva, n.9, 2004. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acessado em 24/11/2009.

CARDOSO, Isabel Cristina da Costa et al (orgs). *Proposta básica para o projeto de formação profissional-novos subsídios para o debate*. Cadernos Abess. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social.São Paulo: Cortez, n.7, 1996.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org). *A Família Contemporânea em Debate*.São Paulo, EDUC/ Cortez,2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. *A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem

Araújo de. (Orgs). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL — CFESS. Resolução CFESS nº. 273/93 de 13 de março de 1993. *Institui o Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências*. Coletânea de leis revista e ampliada. Porto Alegre: Conselho Regional de Serviço Social, 10º região, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Em questão. Atribuições privativas do(a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS (Org.). Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. CFESS: Brasília, 2006. Disponível na internet: [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br). Edição virtual. Acesso em 14 jan, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS. Relatório do Seminário Estadual À inserção do assistente social no PSF, realizado em 2002. Disponível em: <[http:// www.cress.mg.org.br/textos/relatorio. pdf](http://www.cress.mg.org.br/textos/relatorio.pdf)> Acesso em maio 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE- CONASS, Progestores. Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Nota Técnica 06/2006.Vol. 1. Portaria GM/MS 399/2006, Portaria GM/MS 699/2006. Disponível na internet: [www.conass.com.br/admin/arquivos NT%2006.06](http://www.conass.com.br/admin/arquivos/NT%2006.06). Acesso em 05 nov.2006.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991. 163 p.

COHN, A. *A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios*. In COHN, A. e ELIAS, P. Saúde no Brasil- Políticas e organização de serviços. São Paulo:Cortez: Cedec,1999.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete (et al), (orgs). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. *O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 62, p35-72, 2000.

COSTA, Lúcia Cortes da. *Os Impasses do Estado Capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil*. Ponta Grossa:UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Sueli T et. al. *Compassos e descompassos na trajetória do Programa Saúde da Família em município de médio porte do Rio Grande do Sul*. Boletim da Saúde: Porto Alegre: SES/ESP, 1969. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; escola de Saúde Pública. v.17, n 2, 2003.

COUTO, Rojas Berenice. [et.al] *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*.São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, Rojas Berenice. *O Direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

COUTO, Berenice Rojas; PERUZZO, Juliane Feix. *Questão social e processo de trabalho em Serviço Social*. In: ROCHA, Maria Aparecida Marques da et al. CRESS, Capacitação profissional em Serviço Social. Porto Alegre, mai. 1999.

CURY, Carlos R. Jamil. *Educação e contradição*. São Paulo: Cortez, 1986.

DINIZ, Tânia Maria Ramos Godói. *O Estudo de Caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em Serviço Social*. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

GATTI, Bernadete Angelina. *Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GUERRA, Iolanda. *Instrumentalidade do processo de trabalho e serviço social. Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 62, p 05- 34, 2000.

HOFFMANN, Edla. *O trabalho das assistentes sociais no Programa Saúde da Família (PSF) na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUC:Porto Alegre, 2007).

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Renovação e conservadorismo no serviço social: Ensaio crítico*. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade*. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Em questão. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília: CFESS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo*. In: MOTA, Ana Elizabete (et al), (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social*. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

FERRARI, Mário; KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. Introdução. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org) *Família a base de tudo*. 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000.



GUEIROS, Dalva Azevedo. *Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 71, ano XXIII, 2002. p.09-25.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LAGO, Elia Rosa Lemos; CRUZ, Radamés Barroco. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. In: SINTES, Alves. Temas de Medicina General e Integral. Vol 1, Salud y Medicina.<Disponível em : [http://www.unanleon.edu.ni/facultades/medicina/pregrado/descarga/servicio\\_social/mgi\\_voli.pdf](http://www.unanleon.edu.ni/facultades/medicina/pregrado/descarga/servicio_social/mgi_voli.pdf) > acesso em: 18 de agosto de 2011.

LEFEBVRE, Henri. *Lógica formal lógica dialética*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. *Famílias: questões para o Programa Saúde da Família*. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. Família: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 21-36.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

MARX, Karl. *O Capital*. Crítica da economia política. Livro 1, Vol. 1. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARX & ENGELS. *A Ideologia alemã*. Feuerbach- A contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MATTOS, Ruben Araujo de. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). 5 ed. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, 80 p.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. *Família e Políticas Sociais*. IN: BOSCHETTI, Ivanete. Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

MORAES, Roque. *Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução a análise de Conteúdo*. In: GRILLO, Marlene Corroero; MEDEIROS, Marilu Fontoura (Org.) *A construção do conhecimento e sua mediação metodológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

MOTA, Ana Elizabete da. *Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes*. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

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

NETTO, José Paulo. *A construção do projeto ético-político do Serviço Social*. In: MOTA, Ana Elizabete et al, (Orgs). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FICRUZ, 2008.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube; MACHADO, Felipe R. S; GOMES, Rafael da Silveira. *Demandas em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. (Orgs). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. *Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. (Orgs). *Cuidado as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004.

PRATES, Jane Cruz. *Polígrafo didático sobre teoria de pesquisa: coletânea de textos mimeo*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2005.

RAICHELIS, Raquel. *O trabalho do assistente social na esfera estatal*. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SANDRONI, Paulo. *Novíssimo dicionário de economia*. 12 ed. São Paulo: Nova Cultural, 2003.

SARTI, Cyntia A. *Famílias enredadas*. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 21-36.

SETUBAL, Aglair Alencar. *Análise de conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações*. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). *Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

SILVA, Ademir Alves da. *A gestão da seguridade social: entre a política pública e o mercado*. São Paulo Cortez, 2004.

SIMIONATTO, Ivete. *Serviço Social e processo de trabalho*. Curso Formação profissional: um projeto de atualização. Módulo I. CRESS 12ª Região/SC. Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina. Florianópolis, 1998. (Mimeo).

SZYMANSKI, H. *Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafio de um mundo em mudança*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 71, ano XXIII, 2002. p.09-25.

SOARES, Laura Tavares. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da nossa época. V.78).

SPOSATI, A. de O. *Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social*. In: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 68, ano XXV, p. 30-53, mar. 2001.

TEIXEIRA, Mary Jane O; NUNES, Sheila Torres. *A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: uma utopia*. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

TEIXEIRA, Mary Jane O; *O Programa Saúde da Família, o serviço social e o canto do rouxinol*. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P (Org.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *Serviço Social e práticas democráticas na saúde*. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez; OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006 b.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. *O Sistema Único de Saúde*. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa [et.al]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2007.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal [et.al]. *Serviço Social e Estratégia Saúde da Família: contribuição ao debate*. In. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 98, p. 308-334, abr/jun.2008.

VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez, 2004

VITALE, Maria Amalia Faller. *Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea*. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. *Família: redes, laços e políticas públicas*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 21-36.

VITALE, Maria Amália Faller. *Famílias monoparentais: indagações*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 71, ano XXIII, 2002. p.09-25.

YASBEK, Maria Carmelita. *O significado sócio-histórico da profissão*. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista para Coordenador da ESF**

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Entrevistadora: Edla Hoffmann

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

### **1) Formação profissional:**

( ) médico ( ) dentista ( ) enfermeiro ( ) técnico de enfermagem ( ) Agente de saúde ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### **2) Tempo de trabalho na ESF:**

( ) Menos de 01 ano ( ) De 01 a 02 anos ( ) De 03 a 04 anos ( ) De 05 a 06 anos ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### **3) Vínculo empregatício:**

( ) CLT ( ) Concursado ( ) Terceirizado ( ) Outra. Qual?

**4)** Por que o assistente social foi chamado para trabalhar na ESF?

**5)** Como se dá à relação entre os integrantes da equipe e o Assistente Social?

**6)** Qual sua concepção de integralidade na ESF?

**7)** Quais as principais contribuições do assistente social na ESF para a garantia da integralidade?

**8)** Quais as principais mudanças que ocorreram na ESF após a inserção do assistente social?

**9)** Na sua concepção do PSF para a ESF quais foram as mudanças significativas?

**10)** Na sua percepção como a ESF atende as necessidades de saúde dos usuários?

**11)** Como você compreende que a ESF contribui na garantia da integralidade em saúde considerando os serviços, as práticas, a equipe e as necessidades em saúde?

Pesquisadora Edla Hoffmann

## APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista para Assistentes Sociais

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Entrevistadora: Edla Hoffmann

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

- 1) **Formação profissional ano:** \_\_\_\_\_
  - 2) **Instituição:** \_\_\_\_\_
  - 3) **Tempo de trabalho na ESF:**  
 Menos de 01 ano  De 01 a 02 anos  De 03 a 04 anos  
 De 05 a 06 anos  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  - 4) **Vínculo empregatício:**  
 CLT  Concursado  Terceirizado  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  - 5) **Carga horária na ESF:**  
 40 horas semanais  20 horas semanais  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
  - 6) Na sua percepção como o assistente social tem se inserido nas ESF?
  - 7) Qual sua concepção sobre a integralidade na ESF?
  - 8) Quais são as expressões da Questão Social manifestas na EFS?
  - 9) Quais são as principais contribuições do assistente social na ESF para a garantia da integralidade?
  - 10) Na sua percepção quais são as necessidades de saúde dos usuários e como a ESF atende ?
- 
- 11) Quais as principais mudanças que ocorreram do PSF para a ESF?
  - 12) De que forma os usuários contribuem para a garantia da integralidade na ESF?
  - 13) Como você compreende que a ESF contribui na garantia da integralidade em saúde considerando os serviços, as práticas, a equipe e as necessidades em saúde?
  - 14) Na sua percepção quais são os limites e as possibilidades do trabalho do assistente social para garantia da saúde como um direito de cidadania tendo em vista a integralidade em saúde?

Pesquisadora Edla Hoffmann

## **APÊNDICE C- Roteiro para debate grupo focal da equipe da ESF**

### **Categorias e número de profissionais integrantes do grupo:**

#### **Questões Chaves para Debate**

**Questão chave 1-** Como se dá o mecanismo de acesso à política de saúde pela ESF?

**Questão chave 2-** Quais as mudanças que ocorreram na política de saúde com a ESF?

**Questão chave 3-** Como os usuários são atendidos na ESF?

**Questão chave 4-** Como os assistentes sociais se inserem na ESF?

**Questão chave 5-** Como vocês compreendem a integralidade na ESF?

**Questão chave 6-** Quais são as principais contribuições do assistente social na ESF para a garantia da integralidade?

**Questão chave 7-** Qual o entendimento da equipe do trabalho do assistente social na ESF?

**Questão chave 8-** Quais as principais mudanças que ocorreram do PSF para a ESF?

**Questão chave 9-** Que mudanças ocorreram na ESF após a inserção do assistente social?

**Questão chave 10-** Quais são as necessidades em saúde dos usuários da ESF? Como são atendidas?



## **APÊNDICE D- Roteiro para debate grupo focal usuários da ESF**

### **Questões Chaves para Debate**

**Questão chave 1-** Como se dá o mecanismo de acesso à política de saúde pela ESF?

**Questão chave 2-** Quais as mudanças que ocorreram na política de saúde com a ESF?

**Questão chave 3-** Como os usuários são atendidos na ESF?

**Questão chave 4-** Como o assistente social contribui na ESF?

**Questão chave 5-** Quais suas necessidades de saúde? Como são atendidas?

**Questão chave 6-** No seu entendimento quais as mudanças que houveram do PSF para a ESF?

**APÊNDICE E- Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido para realização de entrevistas semi-estruturadas com assistentes sociais e coordenadores da ESF.**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa, realizada por **Edla Hoffmann, assistente social (CRESS 4281), orientada pela Profª. Drª. Berenice Rojas Couto**, autorizo o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, que têm como objetivo a documentação, análise e avaliação da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa que consiste em analisar de que forma o assistente social contribui na ESF para a garantia da integralidade a fim de dar visibilidade da importância da inserção deste profissional nas equipes da ESF. A pesquisa tem como benefícios, dentre outros, a produção de conhecimento em Serviço Social, no que se refere ao aprimoramento da formação profissional, formulação de novas metodologias e técnicas que fortaleçam o projeto ético-político do Serviço Social, da reforma sanitária, a reflexão sobre os avanços e obstáculos da profissão, os processos de trabalho do assistente social e suas contribuições junto as equipes interdisciplinares e políticas sociais públicas e ainda problematizar os limites e as possibilidades da ESF na garantia da integralidade. Também problematizar as concepções e práticas de saúde e compreender as necessidades de ações e serviços em saúde a fim de atender as demandas dos usuários e ainda contribuir para que os mesmos sejam ouvidos e participem dos processos de mudanças de acordo com suas necessidades em saúde. As entrevistas poderão ser **gravadas e transcritas** pela pesquisadora retirando quaisquer informações identificatórias. As entrevistas terão a duração aproximada de 1 hora e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo. Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia. Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 51.9710.4503 com Edla (doutoranda) ou ou 51 33203939 / 51 33203546 ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo fone 51. 33.20.33.45.

Porto Alegre, de  
Entrevistado(a) \_\_\_\_\_

2011.

**APÊNDICE F- Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido para realização dos Grupos Focais com representantes das equipes das ESF e usuários.**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Serviço Social  
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa, realizada por **Edla Hoffmann, assistente social (CRESS 4281), orientada pela Profª. Drª. Berenice Rojas Couto**, autorizo o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, que têm como objetivo a documentação, análise e avaliação da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa que consiste em analisar de que forma o assistente social contribui na ESF para a garantia da integralidade a fim de dar visibilidade da importância da inserção deste profissional nas equipes da ESF. A pesquisa tem como benefícios, dentre outros, a produção de conhecimento em Serviço Social, no que se refere ao aprimoramento da formação profissional, formulação de novas metodologias e técnicas que fortaleçam o projeto ético-político do Serviço Social, da reforma sanitária, a reflexão sobre os avanços e obstáculos da profissão, os processos de trabalho do assistente social e suas contribuições junto as equipes interdisciplinares e políticas sociais públicas e ainda problematizar os limites e as possibilidades da ESF na garantia da integralidade. Também problematizar as concepções e práticas de saúde e compreender as necessidades de ações e serviços em saúde a fim de atender as demandas dos usuários e ainda contribuir para que os mesmos sejam ouvidos e participem dos processos de mudanças de acordo com suas necessidades em saúde. Os grupos focais poderão ser **gravados e transcritos** pela pesquisadora retirando quaisquer informações identificatórias. Terão a duração aproximada de 2 horas e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo. Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia. Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 51.9710.4503 com Edla (doutoranda) ou ou 51 33203939 / 51 33203546 ou ainda pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo fone 51. 33.20.33.45.

Porto Alegre, de de 2011.  
Entrevistado(a) \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

## **Anexo A — Carta de Aprovação do Comitê de Ética**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1479/10

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2010.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05276 intitulado **"A estratégia saúde da família e o SUS: o trabalho do assistente social na garantia do direito à saúde"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.  
Profª. Dra. Berenice Rojas Couto  
FSS  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: cep@pucrs.br  
www.pucrs.br/prppg/cep



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE PESQUISA

Senhor(a) Pesquisador(a):

É dever do CEP acompanhar e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada, solicitando relatórios aos pesquisadores. De acordo com o item VII.13.d., da Resolução CNS 196/96, tais relatórios deverão ser anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre "Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país" (área temática especial número 03), os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS 251/97, item V.1.c). Portanto, solicitamos a Vossa Senhoria encaminhar ao CEP, relatório de sua pesquisa conforme situação da pesquisa acima discriminada.

<b>Título do Projeto:</b> "A estratégia saúde da família e o SUS: o trabalho do assistente social na garantia do direito à saúde"	
<b>Pesquisador:</b> Profa. Dra. Berenice Rojas Couto	
<b>Aprovação:</b> 17/12/2010	<b>Aprovação CONEP:</b> data:
<b>Relatórios Entregues:</b> <b>Relatório(s) do pesquisador responsável previsto(s) para:</b> <b>Data:</b> 17/12/2011 data:	
<b>Relatório 1:</b> data:	<b>Relatório 3:</b> data:
<b>Relatório 2:</b> data:	<b>Relatório 4:</b> data:
<b>Tipo de Pesquisa:</b> SIM NÃO	
<b>Residente:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Projeto multicêntrico:</b> <input type="checkbox"/> <b>Fase:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Doutorado:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nacional:</b> <input type="checkbox"/> <b>Mestrado:</b> <input type="checkbox"/>
<b>Internacional:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Trabalho conclusão:</b> <input type="checkbox"/>
<b>1. Situação atual do projeto</b> Não iniciado <input type="checkbox"/> retirado data: Em execução: <input type="checkbox"/> <b>Data início:</b> <b>Data término:</b> <b>Interrompido temporariamente data:</b> <b>Encerrado data:</b>	<b>2. Nº de pessoas pesquisadas:</b> <b>Pessoas Previstas:</b> <b>Pessoas incluídas:</b> <b>Pessoas em outras Instituições:</b> <b>3. Nº de participantes excluídos:</b> <b>4. Eventos adversos graves:</b> No centro: <input type="checkbox"/> em outros centros: <input type="checkbox"/>
<b>5. Recursos financeiros necessários:</b> Ainda não disponíveis <input type="checkbox"/> Já disponíveis <input type="checkbox"/> Insuficientes <input type="checkbox"/>	
<b>6. Resultado total (local)</b>	
<b>7. Observações:</b>	
<b>8. Parecer CEP:</b>	

Obs: Confira e atualize os dados acima, referentes ao seu Projeto de Pesquisa, e encaminhe nesta mesma folha para o CEP.

Ass. Pesquisador

PUCRS

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: cep@pucrs.br  
www.pucrs.br/prppg/cep

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

**Cadastro do Projeto CEP/PUCRS**  
10/05276

**Título:**  
A estratégia saúde da família e o SUS: o trabalho do assistente social na garantia do direito à saúde.

**Pesquisador Responsável:**  
Berenice Rojas Couto (orientadora)

**Aspectos Científicos e Metodológicos**  
Participantes: Edla Hoffmann (doutoranda). Projeto de doutorado, tem como objetivo analisar de que forma o assistente social contribui na ESF para garantia da integralidade em saúde a fim de dar visibilidade da importância da inserção deste profissional nas equipes básicas da ESF. Projeto bem elaborado, que utilizará o método dialético-crítico-qualitativo.

**Aspectos Éticos**  
Quanto aos aspectos éticos encontra-se adequado.

**Recomendação**  
Aprovar

**Considerações Gerais**  
Foram atendidas as considerações deste CEP.

**Data do Parecer 23/12/2010**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

**Cadastro do Projeto CEP/PUCRS**  
10/05276

**Título:**  
A estratégia saúde da família e o SUS: o trabalho do assistente social na garantia do direito à saúde.

**Pesquisador Responsável:**  
Berenice Rojas Couto (orientadora)

**Aspectos Científicos e Metodológicos**  
Participantes: Edla Hoffmann (doutoranda). Projeto de doutorado, tem como objetivo analisar de que forma o assistente social contribui na ESF para garantia da integralidade em saúde a fim de dar visibilidade da importância da inserção deste profissional nas equipes básicas da ESF. Projeto bem elaborado, que utilizará o método dialético-crítico-qualitativo.

**Aspectos Éticos**  
Quanto aos aspectos éticos encontra-se adequado.

**Recomendação**  
Aprovar

**Considerações Gerais**  
Foram atendidas as considerações deste CEP.

**Data do Parecer 23/12/2010**