

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DA SAÚDE | 13 |
| 1.1 Origens da política de saúde brasileira | 13 |
| 1.2 Movimento da reforma sanitária..... | 17 |
| 1.3 Os governos neoliberais até a atualidade..... | 21 |
| CAPÍTULO II - ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE..... | 26 |
| 2.1 Determinantes históricos da prática do assistente social na saúde | 26 |
| 2.2 A instrumentalidade do serviço social..... | 31 |
| 2.3 Os instrumentos utilizados no centro de especialidades do Crato- CE | 35 |
| CAPÍTULO III - METODOLOGIA APLICADA NA PESQUISA..... | 40 |
| 3.1 Procedimentos metodológicos | 40 |
| 3.2 Análises e interpretação dos dados | 41 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 47 |
| REFERÊNCIAS..... | 49 |
| APÊNDICE | 52 |

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS representa atualmente um extenso campo de lutas, desafios e possibilidades para legitimar-se, devido às consequências da implantação do neoliberalismo no Brasil. Contudo, a prática do Serviço Social torna-se desafiadora por se comprometer com o aprofundamento da cidadania garantindo aos usuários direitos, através de uma atuação que se debruça sobre uma produção de um conhecimento crítico e reflexivo da realidade social. Essa atuação é realizada dentro de um contexto sócio-histórico estabelecendo relações sociais, as quais são impostas por um sistema econômico desigual e individualista, tendo o profissional que desenvolver uma atividade mediadora: entre o direito do usuário e as normas institucionais.

Essa pesquisa de caráter monográfico será dividida da seguinte forma: o primeiro capítulo refere-se a gênese da política de saúde. Para conhecer a realidade da saúde atualmente no Brasil é necessário compreender os determinantes históricos perpassados neste processo. Com isso faz-se necessário analisar a evolução histórica, envolvendo aspectos políticos, sociais e econômicos que determinaram hoje a saúde. A Reforma Sanitária foi um movimento de grande importância para a concretização democrática no Brasil, a qual o SUS foi o determinante de uma política voltada para que toda a população tenha acesso universal ao atendimento da saúde.

Em contrapartida, na década de 90 houve a implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal, onde fez com que o projeto da reforma sanitária se confrontasse com essa nova ideologia, que tem como características a desuniversalização da saúde, apoiando-se ao projeto de privatização da saúde, cortando, dessa forma, os gastos públicos. É nesse confronto com a realidade posta, que esse estudo busca analisar a instrumentalidade a partir da prática profissional, dentro de um contexto econômico, político e social, observando os limites e possibilidades do fazer profissional.

No segundo capítulo, será apresentado a prática do Assistente Social na saúde vinculada a instrumentalidade e ao campo de estágio que a pesquisa foi desenvolvida. Para tanto a prática do assistente social na saúde requer instrumentos de trabalho, o que não são apenas simples técnicas de operacionalização, mas uma construção teórica, ética e política que venha utilizar o instrumental de maneira racional, finalizando as ações de acordo com os objetivos planejados.

Os instrumentos são peças fundamentais na prática do assistente social, pois concretiza os objetivos de uma ação profissional. Então, compreender que a realidade é dinâmica e ter uma ampla análise da totalidade faz com que o manuseio do instrumental produza resultados transformadores no fazer profissional.

No âmbito do contexto observado no Centro de Especialidades do Crato é possível perceber limites e possibilidades que o assistente social enfrenta em seu cotidiano de trabalho e, como consequência, atinge o uso de seus instrumentais onde é realizado o seu trabalho. Os principais instrumentos utilizados na prática do assistente social no CEC são: entrevistas, pareceres, acompanhamento, aconselhamento e encaminhamento os quais pesquisar sobre a sua utilização e seus desdobramentos torna-se fundamental compreendê-los, logo o serviço social atua com o objetivo de intervir na questão social promovendo, prevenindo e recuperando a saúde do usuário.

No terceiro capítulo, é apresentado o perfil metodológico desse estudo, delineando todos os processos deste. O tipo de pesquisa, local e período, o universo e amostra, o instrumento de coleta dos dados e, por fim, será apresentada a análise e discussão dos dados de forma minuciosa, no qual serão revelados os resultados, que servirá de subsídios para tecer as considerações finais a respeito das questões relacionadas ao serviço social, analisando sua prática através de instrumentos.

1 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DA SAÚDE

A trajetória da política de saúde no Brasil está entrelaçada as determinações sócio-históricas de cada período. Com isso faz-se necessário analisar a evolução histórica, envolvendo aspectos políticos, sociais e econômicos que determinam hoje a saúde. Dessa forma, é importante apresentar um breve histórico do período que vai desde o início das décadas do século XX, perpassando toda a trajetória política, onde esta influencia toda a conjuntura da emancipação capitalista e seus desdobramentos, até os dias atuais.

1.1 Origens da política de saúde brasileira

O quadro da saúde no Brasil durante os primeiros séculos de colonização praticamente inexistiu. No século XVIII, a assistência à saúde era caracterizada na filantropia e na prática liberal. As medidas sanitárias começaram a surgir no século XIX, com a realização de campanhas limitadas, como por exemplo, nos espaços de circulação das mercadorias de exportação e na tentativa de erradicação ou controle de doenças, que poderiam prejudicar a economia.

Com a expansão industrial que data o final do século XIX e início do século XX, fez com que acontecesse de certa forma o êxodo rural, pois o processo de industrialização crescia cada vez mais, devido a investimentos feitos por cafeicultores, mas o café continuou sendo a base econômica do país até a década de 20. As imigrações nos grandes centros urbanos, ainda no início do século XX, são cada vez mais intensas, pelo fato das cidades aderirem ao processo moderno e industrial, tornando as condições sanitárias mais precárias e complexas, em decorrência do grande número de pessoas que chegavam às cidades as quais não estavam preparadas fisicamente e sanitariamente para receber o exorbitante número de pessoas que a cada ano crescia.

Devido a essas condições começou a surgir às epidemias como a febre amarela, peste bubônica, malária, varíola, as quais se espalhavam rapidamente pelas cidades. No governo de Rodrigues Alves, o médico Oswaldo Cruz foi convocado para tentar solucionar essas epidemias que já estavam sem controle. Foi então através de uma “higienização” que o Estado passou a interferir de maneira superficial, compreendendo essas problematizações como

questão social. Portanto, foi com esse primeiro passo sobre saúde pública que surgiram mais debates sobre questões sanitárias, e criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública que via a necessidade de se implantar um trabalho educativo com as questões de saúde. (SCLIAR, 2002).

A saúde na década de 20 torna-se de certa forma privada e neste primeiro momento é vinculada a Previdência Social. Em 1923 são criadas as Caixa de Aposentadorias e Pensões(CAP) que eram organizadas por empresas, o contribuinte tinha direito a assistência, socorros médicos, medicamentos por preços especiais, aposentadoria e pensão para filhos e esposas em caso de morte, entre outros benefícios.

Contudo, no final da década de 1920, ocorreu a crise de “29” que afetou profundamente a exportação do café, impulsionando para o avanço de investimentos na industrialização, que pouco a pouco vinha se desenvolvendo. Novamente se intensificou os surtos endêmicos com o crescente êxodo rural. Em consequência a essas questões sociais o Estado é pressionado pela população e burguesia a criar políticas públicas que respondessem as problemáticas de maneira mais organizada.

Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2008)

Com o objetivo de evitar os conflitos sociais que estavam cada vez mais aumentando em decorrência das péssimas condições de vida e de trabalho, o Estado Novo, liderado por Getúlio Vargas,

(...) centrou-se na tentativa de organizar as relações entre capital e trabalho, onde as conquistas por direitos estavam atreladas às conquistas dos trabalhadores. Seu primeiro ato foi criar, em 1930, o Ministério do Trabalho com o objetivo de uma harmonia entre os empregados e empregadores. Criou-se, então, um sistema corporativo, por meio da legislação de sindicalização, e foram instituídas condições para se formalizar os sindicatos. (GONÇALVES, 2006)

Nesse governo a saúde era de caráter nacional e se organizava em dois subgrupos: a saúde pública e previdenciária. A saúde pública se caracterizava em adotar medidas de

prevenção e controle nas campanhas sanitárias, serviços de endemias nas áreas urbanas e restritivamente nas áreas rurais, adotando um modelo sanitarista. Paralelo a esse serviço, tinha também a saúde previdenciária, sua prestação de serviço era de caráter seletivo e precário com objetivo apenas de acumulação de capital, mas não se investia na prestação de serviços, logo quem tinha direito aos benefícios eram trabalhadores assalariados com carteira assinada organizados num sistema previdenciário vinculado a saúde. Na década de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Continuando nas mesmas restrições de cobertura, apenas para alguns trabalhadores, as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), sendo estes organizados por categoria profissional e possuíam direito a aposentadoria, assistência médica e hospitalar, pensão em caso de morte.

No período que vai de 1945 a 1964 o Brasil passou a evoluir ainda mais na industrialização, importou máquinas e equipamentos modernos, para avançar o seu desenvolvimento econômico. A saúde também evolui no atendimento hospitalar privado e a saúde pública teve poucos crescimentos nesta época. Getúlio Vargas sai do poder político e toma posse o presidente General Eurico Dutra em 1945-1950. É nesse governo que o Brasil torna-se aliado dos Estados Unidos. O General implementa o plano SALTE que correspondia a Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, porém não foi colocado em prática, pois Getúlio Vargas assumiu novamente a presidência e não deu continuidade.

Nessa época foi criado o Ministério da Saúde, com uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde. No plano econômico, tinha início à segunda etapa do processo de industrialização, com a produção de bens de capital, máquinas e equipamentos que requeriam vultosos investimentos. (BERTOLOZZI E GRECO, 1996)

Nesta conjuntura econômica e política Juscelino Kubitschek ganha a eleição presidencial, e entra para a história por ter lançado no seu governo (1956-1961) o plano de metas, onde afirmava que a economia em seu governo iria se desenvolver “Cinquenta anos em cinco anos de governo”. Esse plano tinha como objetivo ascender economicamente o Brasil, fazendo investimentos industriais, e como consequência a produção industrial cresceu cerca de 80%.

Em 1956 houve um avanço na saúde com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que unificava os serviços nacionais de saúde. Outro ganho na foi no governo de João Goulart, em 1963 quando criou o Funrural - Fundo de Assistência ao

Trabalhador Rural, concedendo aposentadoria e assistência médica ao trabalhador, pois até então o agricultor não tinha direito a benefícios previdenciários e de saúde até a década de 60, por não possuir carteira assinada.

Em 31 de março de 1964 foi liderado pelos chefes das forças Armadas o golpe de Estado que coloca fim a democracia populista. Este regime foi caracterizado por ações cruéis e torturas, além de suspender as garantias constitucionais, resolvendo a questão social pautado na repressão e como reparação dando assistência à população de forma moderna, burocrática e ampliada através das políticas, com a finalidade de legitimar essa forma de governo ditatorial, favorecendo o crescimento econômico.

Os ditadores unificam os IAPs, visto que eram limitados apenas as categorias profissionais. Surgiu assim a Lei Orgânica da Previdência Social, a qual une todos os IAPs, que passam a legitimar-se na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Essas regras são apenas para trabalhadores formalizados pela CLT deixando a margem funcionários públicos, trabalhadores rurais e empregados domésticas. No entanto, todas essas leis só foram colocadas em prática em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A saúde privada deu um grande salto nesta fase do INPS, pois unificado, todo trabalhador urbano formalizado, fazia parte do novo sistema, o qual estava em expansão devido ao pequeno número de aposentados em relação do total de contribuintes. Logo:

(...) foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pro-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. (POLIGANO, 2009)

O INAMPS tinha a função de prestar assistência médica aos trabalhadores das áreas urbanas e rurais, enfatizando a ideia de cuidar da doença e não da saúde, estava vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Porém, neste período houve uma aceleração do crescimento de saldo, mas logo foi acontecendo diversas fraudes acarretando um déficit orçamentário. Com a crise do INPS o Estado implementa algumas responsabilidades da saúde,

(...) foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Com a crise do regime militar, surgiram conseqüências que afetou a população pobre, pois a forma de como se trabalhou a saúde neste período foi apenas pontual, curativa e privada, com isso alastraram-se as epidemias, acarretando a diminuição do crescimento econômico, taxas de desemprego elevadas e poucos trabalhadores contribuindo com o sistema previdenciário.

1.2 Movimento da reforma sanitária

As problemáticas advindas do período ditatorial instigaram os trabalhadores que se uniram em sindicatos e partidos, iniciaram uma fase de mobilização, questionando a saúde privada e as políticas de saúde no Brasil. Acadêmicos e pesquisadores que trabalharam nessa área debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população. Essa discussão tomou espaço com o apoio das associações, sindicatos e partidos políticos, que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário.

Nesse período favoreceu e foi ganhando força os movimentos sociais, inclusive o movimento de Reforma Sanitária.

O movimento sanitário, vindo de algumas experiências da década anterior, inicia os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/ implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado. (BRASIL: 2006, P.41)

Este é caracterizado por ser um movimento social que nasce no meio acadêmico, surgindo nas cidades e firmando-se como uma luta liderada por trabalhadores, intelectuais e alguns partidos políticos. Apresentavam-se como forte reação às políticas de saúde implantadas no período ditatorial, embasados por um calcado fundamento teórico atrelado ao pensamento progressista brasileiro e tendo como objetivo a busca por direito universal e a

criação de um sistema de Saúde gratuito provido pelo Estado, compreendendo os determinantes da saúde como causa de um processo social.

Nesta época o Brasil passava por um período de democratização política, devido ao movimento das “diretas já” em meados da década de 80. Este foi um movimento político com participação popular, em 1984. As “diretas já” lutavam pela democracia do Brasil e estabelecia eleições diretas para presidente da República. Só em 1989 ocorreram eleições diretas para presidente do Brasil, após ser lei na Constituição no ano de 1988.

A saúde ainda no início da década de 1980 ficou como um marco na história por ter havido uma participação na vida política da classe trabalhadora reivindicando em comícios, passeatas, encontros, associações. Portanto:

A saúde, nesta década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2008)

Foi partindo desses movimentos sanitários, que a saúde adquiriu mais expansão. Profissionais da área e população se unem na intenção de reivindicar um serviço público que analise a doença de forma macro, visando qualidade de vida da população. Como medida de melhorar a saúde neste momento,

(...) um grupo de técnicos, composto por representantes do Ministério da saúde e do Ministério da previdência e assistência social, formulou um programa, o Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Este teve como objetivos gerais, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação. (...). Além disso, colocavam-se também como pressupostos básicos, a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Dessa forma, foi se expandindo e se ampliando o movimento sanitário, obtendo vários canais de apoio a essa luta, como: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, partidos políticos de esquerda além dos movimentos sociais os quais foram fundamentais na ampliação de uma participação política da população na vida pública de saúde.

Um dos discursos sobre essa temática era ofertar serviço de saúde, como direito universal e papel do Estado, uma vez que só quem tinha a saúde como direito naquela época era quem contribuía com a previdência social, favorecendo as empresas privadas de saúde.

Outras questões debatidas neste movimento foram: atribuir funções aos Estados e municípios nas decisões, na criação de um Sistema Unificado de Saúde, compreendendo a saúde como um direito social, e criar mecanismos de gestão como, por exemplo, os conselhos que fiscalize o Estado no financiamento da saúde e principalmente concedê-la como direito universal, ao contrário do sistema vigente que era excludente e privado.

Em 17 de março de 1986 foi aberta a população, pelo Presidente José Sarney a VIII Conferência Nacional de Saúde, esta consolidou um passo importante para a difusão da reforma Sanitária.

A 8º Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (...) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas de profissionais e parlamento. (BRAVO, 2008)

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi tão importante que deu origem a diretrizes e a um documento, onde o pioneiro para a formulação deste foi médico Sérgio Aruoca, também Deputado Federal. Este lutou contra o fim da ditadura militar e contra o pensamento funcionalista que trabalha a saúde, colocada de maneira individual. Na conferência foram elaboradas as diretrizes de acordo com as propostas descritas pelo movimento sanitário. Em síntese, elas propõem uma participação cidadã na formulação da política e nas fases da planificação das mesmas, nas ações de saúde, visando a construção de um Conselho Nacional de Saúde e para as demais esferas do controle do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de planejar, executar e fiscalizar as ações de saúde, tendo representantes da sociedade civil e governamental. (ARUOCA, 1988).

Além de todo esse processo, a VIII Conferência de Saúde configurou um avanço técnico e político, pois as lutas que estavam apenas nas ideologias dos movimentos passaram a vigorar com leis e diretrizes, com o objetivo de universalizar e integralizar a saúde, permitindo a inclusão social, gerando um conceito de saúde amplo, através da participação social.

(...), cabe explicitar que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criando por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo.

Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Com a mobilização da população e a busca incessante da saúde como direito universal, onde almejavam cada vez mais leis que garantissem os princípios do movimento sanitário, havendo mais um avanço: a elaboração da Constituição Federal de 1988 a qual ganhou um espaço de um capítulo relatando como a saúde iria atuar.

Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram: o direito universal à saúde, a saúde como um dever do Estado, a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede, além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS de forma complementar, bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

O SUS foi incorporado pela constituição de 1988, com princípios norteando a nova organização da saúde, incorporando a ideologia da reforma sanitária. A Constituição de 88 trata no título VIII, capítulo II, da seguridade social, seção II a qual dispõe sobre a saúde e sua atribuição, distribuída nos artigos de 196 a 200. Dispõe no art. 196:

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

É neste texto constitucional que a saúde tem uma nova estrutura, pois faz parte do tripé da Seguridade Social, passando de direito previdenciário para universal não contributivo, provido pelo Estado através da articulação com as políticas públicas, formando assim um sistema descentralizado e participativo.

No ano de 1990 foram promulgadas as leis 8.080 e 8.142 que estabelece e regulamenta o SUS visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo e propondo a maneira de organização e funcionamento do sistema de saúde. Colocam a necessidade de instituir as conferências e conselhos como órgãos estratégicos de melhorias de prestação de serviços, fazendo dessa forma o controle das ações de saúde, e trata em suas disposições que as representações nos conselhos de saúde deve ser paritário, na esfera municipal, estadual e federal.

O SUS de acordo com o Ministério da Saúde,

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela constituição Federal Brasileira, para ser o Sistema de Saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2009)

Estabelecem princípios que sustenta o discurso de cidadania e qualidade nas ações de saúde, são eles: Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalização, Hierarquização, Resolutividade, Descentralização, Participação governamental. Objetivando um sistema completo, prestando atenção em todos os níveis integralmente.

1.3 Os governos neoliberais até a atualidade

No início da década de 90, o projeto da Reforma Sanitária vivencia uma ameaça com um outro projeto da saúde ligado ao mercado privatista. Este último com características básicas conservadoras e apoiadas pelos próximos presidentes: Collor de Mello e Fernando Henrique. Abrem-se então parcerias com organismos internacionais, implantando o neoliberalismo no Brasil, sendo priorizada a saúde privatista.

Em novembro de 1989 reuniram-se nos EUA representantes dos principais organismos financeiros internacionais (FMI, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento- BID) para avaliar as políticas econômicas da América Latina e orientar as condições de seu desenvolvimento. As políticas recomendadas constituíram o que ficou denominado “Consenso de Washington” e consistiram numa série de medidas destinadas a promover o desenvolvimento desta parte do continente. Tais medidas estiveram na origem das políticas neoliberais. (MACEDO E OLIVEIRA, 1999, P.169)

Em 1990 Fernando Collor de Mello assume a presidência, com um discurso modernizador deixando a saúde, atrelada ao movimento da reforma sanitária, porém este apenas ficou na teoria, pois na prática o que se efetivou foi a reestruturação do Estado pelo processo neoliberalista. Para Macedo e Oliveira (1999, P.169) as funções que esse sistema dita é:

(...), o estado deve manter-se distante das atividades propriamente econômicas, que estariam reservadas às iniciativas de particulares. Seu papel é criar condições gerais mais favoráveis à ação das empresas, afim de que elas possam fixar as regras do jogo e perseguir o imperativo da eficiência e da competitividade. Para tanto, os neoliberais defendem a privatização total e completa da economia: nos transportes aéreos, saúde, hospitais, educação, bancos seguros, cultura, distribuição de água, eletricidade e gás, serviços administrativos etc.

Sob esta ótica as políticas sociais foram tomando uma fragilidade, pois a função do Estado passa agora por reestruturação tornado-se um estado mínimo, principalmente no provimento das políticas sociais. Neste período, que vai de 1991 a 1993, Collor em seu governo, edita duas Normas Operacionais Básicas (NOB). Elas determinam a normalização do SUS e as relações entre os gestores das esferas governamentais, regulando a transferência dos recursos financeiros. Em 1991 foi editada a primeira NOB.

A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc.(POLIGANO, 2006?).

Em 1993 é implantada uma outra a NOB 01/93, elabora critérios e categorias reafirmando os princípios da reforma sanitária e, estabelece três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena, num processo de descentralização e municipalização, como prevê a Constituição.

Paralelo a esses acontecimentos o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família - PSF em 1993, que tem como principal objetivo atender a família de maneira integral e contínua nos setores primários de saúde, realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O surgimento do PSF é um grande avanço no que diz respeito ao reconhecimento da saúde como um direito inscrito na constituição de 88, prezando serviços resolutivos de forma integral, abrangendo quase ou 100% da população de todos os municípios.

O surgimento do PSF na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Não é um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma expansão da atenção primária a saúde em direção a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis. (ROSA; LABATE, 2005)

Retirado do poder político por um impeachment, Fernando Collor de Mello deixa a Presidência. Neste mesmo ano Fernando Henrique Cardoso vence as eleições e assume a presidência da república em 1994. No seu governo é consolidado e acentuado o projeto neoliberal, impedindo o avanço do SUS devido à função do Estado que passa a ser cada vez menor no investimento nas políticas sociais, principalmente no financiamento do SUS.

Neste período a falta de investimentos na área da saúde acirra-se pelo fato do Estado passar por um período de reordenação nas suas funções o que favorece para o reaparecimento de doenças como: tuberculose, hanseníase, além de avançar as doenças epidemiológicas: sarampo, dengue e cólera, deixando um espaço maior para que a saúde aos poucos seja novamente privatizada.

Como consequência do enfraquecimento do poder de participação social, pois o aparelho Estatal rege-se agora pelo “Estado mínimo”, recai para as camadas mais pobre da população: desemprego crescente, falta de saneamento básico, privatizações das instituições públicas incluindo hospitais, etc.

Insatisfeitos com esse sistema, a população mobilizou-se nas Conferências das três esferas de governo, a fim de propor melhorias para o funcionamento do SUS e em 1996 o Ministro da Saúde lança a Norma Operacional Básica - NOB 01/96.

A NOB 01/96, por sua vez, aperfeiçoa reordena e redefine a gestão saúde: estabelece os papéis de cada nível governamental, definindo os instrumentos gerenciais dos municípios e estados para assumir seus papéis de gestores do SUS; financiar fundo a fundo, com base nas programações; acompanhar, controlar e avaliar o SUS, superando os mecanismos tradicionais.

No final do governo Fernando Henrique Cardoso, visando aprimorar o sistema de saúde e sua gestão em todas as esferas governamentais, aprova a portaria n° 95 do ano de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Esta amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASL, 2001).

No período de transição da presidência do FHC para Luís Inácio Lula da Silva no ano de 2002, foi elaborada outra portaria de n° 373, que cria a NOAS 2002, contendo os mesmos objetivos da NOAS 2001, porém acrescenta o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade.

É neste novo governo que, segundo Bravo (2008) a saúde durante os primeiros anos da presidência, ocorrem avanços e continuidades do projeto neoliberal, tendo relação com os dois projetos de saúde em disputa. Como aspectos inovadores o governo atual retomou a concepção de Reforma Sanitária, colocou profissionais para trabalharem no Ministério da

Saúde comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária, criou quatro secretarias; realizou a 12º Conferência Nacional de Saúde em Dezembro de 2003, esta por sua vez teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo. Ainda nesta mesma perspectiva de avanço no governo de Lula,

(...), a política de saúde bucal recebeu uma prioridade por parte do Ministério da Saúde, com um investimento previsto de R\$ 1,3 bilhão para atendimento básico e especializado. Em mais de dois anos foi duplicado o número de equipes de saúde bucal, passando de 4.261, em dezembro de 2002, para 10.628, em junho de 2005(...), um dos feitos mais significativos da gestão foi a ampliação da cobertura do programa saúde da família (PSF), com 22.683 equipes, em junho de 2005 (crescimento de 31,89%), e atingindo 25.141 em 2006 em 5.028 municípios.(TEXEIRA & PAIM, 2005, P. 282-283)

Um outro fato marcante foi O Pacto pela Saúde em 2006, onde segundo Machado et al (2009), comporta três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, tendo com objetivo qualificar a gestão pública do SUS. O Pacto pela vida estabelece metas sanitárias mobilizadoras, partindo de compromissos sanitários e de gestão que deverão ser atingidos pelo SUS. Outra dimensão é o pacto em defesa do SUS visa consolidar “a política pública de saúde brasileira com uma política de estado, mais do que uma política de governo”. A terceira dimensão, o pacto de gestão onde define responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS.

Este pacto reforça ainda mais o processo da atuação do SUS, atribuindo a gestão de saúde no processo de descentralização, trabalhando as peculiaridades de cada região, pois são bem diferenciados, melhorando cada vez mais a gestão no Sistema Único de Saúde.

Ainda, de acordo com Bravo (2008), o governo Lula, polarizado entre os dois projetos em disputa, busca dar continuidade ao projeto neoliberal que adentra no Brasil nos anos 90, garantindo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento, enfraquecendo a concepção de seguridade social.

Segundo Teixeira e Paim (2005 p.282), de forma geral e a conclusão que se pode chegar do atual governo é que fica a impressão de um governo sem fisionomia, sem coluna vertebral, rendendo-se aos ditames da política neoliberal e, de forma paliativa, implementando um conjunto de medidas de cunho populista, deixando um cenário apoiado pelos extremos da sociedade brasileira, estes são os únicos a se beneficiarem com a continuação dessa situação, uma minoria privilegiada, classe burguesa, e de outro lado, uma massa de pobres e miseráveis

que permanece acreditando em Lula agradecendo, ainda, os serviços paliativos recebidos através das políticas assistencialistas.

Portanto, a conjuntura do Brasil está pautada no lucro e no crescimento econômico que se sobrepõe ao desenvolvimento social, tornando-se um desafio colocar em prática serviços condizentes com práticas progressistas ligadas ao movimento da reforma sanitária, no entanto os profissionais são requisitados a trabalharem nas políticas que são realizadas de forma isoladas, contudo é necessário desenvolver um trabalho além do burocrático que visa o reconhecimento da cidadania.

2 ANÁLISE DA INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

2.1 Determinantes históricos da prática do assistente social na saúde

A emergência do serviço social no Brasil é pautada nos anos 1920 – 30, sob base neotomista da Igreja católica européia. A partir dos anos 40 recebe influencia do tecnicismo norte-americano, onde a situação do Assistente Social fundamenta-se na teoria de base positivista, trabalhando em função do ajustamento social. Porém o curso de Serviço Social só foi oficializado no Brasil em 1953, pela Lei nº 1989, e regulamentado em 1957.

Sob esse contexto, em seu primeiro momento, a prática do Serviço Social na saúde era de maneira restrita, e segundo Santos et al (2009), realizava vigilância da saúde através de visitas domiciliares no âmbito familiar do operário, verificando a forma de vida e solucionando os problemas de caráter moral, os quais de forma direta interferia na sua produtividade na indústria, deixando portanto, um caráter da subserviência da profissão em favor do mercado.

No entanto, só em 1948 a saúde é posta nesta conjuntura analisando a doença e abrangendo seus determinantes como aspectos biopsicossociais. Este conceito favoreceu a inserção de vários profissionais de saúde, que até então se priorizavam médicos e enfermeiros, mas nesta época o Serviço Social foi requisitado, além de outras profissões, para intervir no acompanhamento da doença. Dessa forma, trabalhando a saúde com informações de caráter preventista e educativa, de maneira fragmentada e restrita.

Nos anos cinqüenta, período em que o Brasil, no âmbito da política, incorpora o projeto desenvolvimentista, o Assistente Social fixa uma tarefa meramente educativa no cotidiano das pessoas, atuando em programas normatizadores da política de saúde, onde trabalha as formas de higiene e saúde, compreendendo não mais o cliente como indivíduo dotado de um ser moral e sim analisando de forma psicológica.

Nessa época, a Previdência amplia seus serviços na saúde, os quais não era de caráter universal, mas seletivo, e tendo que o Assistente Social trabalhar, atuando na:

(...) contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O Assistente Social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a

população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO; MATOS, 2008)

No início dos anos 60 emerge no interior da profissão uma crítica sobre o modo conservador de atuar, denominado Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Ele é caracterizado como uma revisão crítica sobre a prática conservadora, porém foi aniquilado em 1964 com o início da ditadura militar. No entanto o Serviço Social cria novas estratégias de atuação através da perspectiva modernizadora, pois o país renova suas formas de controle e repressão com demandas de caráter burocrático.

Baseado na teoria do Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviço Social - CBCISS foi direcionada novas formas de atuar integrando o trabalhador ao processo de desenvolvimento do país, obtendo na sua intervenção uma neutralidade sobre a política vigente. A prática do assistente social na área da saúde se limita na perspectiva curativa, reforçando as práticas existentes na década anterior.

Em meados dos anos 70, o modelo ditatorial começa a enfraquecer. É a partir desse momento que o Movimento de Reconceituação da profissão ganha espaço de discussão, enquanto isso a prática permanece fundamentado pela vertente modernizadora.

O Movimento Reconceituação trouxe para os Assistentes Sociais a identificação político-ideológica da existência de lados antagônicos. Duas classes sociais antagônico-dominantes e dominadas, negando, portanto a neutralidade profissional, que historicamente tinha orientado a profissão. Esta revelação abriu na categoria a possibilidade de articulação profissional com o projeto de uma das classes, dando início ao debate coletivo sobre a dimensão política da profissão. (OMENA, 2007)

Esse movimento se caracteriza por causar inquietações ao profissional, pois buscava novas respostas as expressões da “questão social”, questionando os fundamentos teóricos e metodológicos que norteavam a prática, produzindo a partir desses uma eficácia nas ações frente a realidade brasileira.

A política de saúde nos anos 80 continua na mesma polarização das décadas anteriores, o Ministério da Saúde se limitava nas campanhas sanitárias e a Previdência Social oferecia assistência médica apenas aos contribuintes, ambos atendendo em programas “prontos e acabados”, acarretando, assim, em respostas paliativas, aumentando a crise da saúde. Foi durante esse período que o Brasil vivenciou fortes mobilizações e participações

populares que contou com diversos setores da sociedade civil, debatendo a temática de priorizar o Estado como responsável pelo provimento das políticas sociais. Dessa forma, e

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção a saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira) mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (BRAVO; MATOS, 2008)

É nesta efervescência política que o serviço social, critica o fazer profissional que até então era o executor de políticas sociais, ou seja, foi requisitado pelas instituições públicas e privadas para atuar no controle e reprodução das relações sociais, priorizando a prática técnico-operativa a fim de intervir nas questões sociais exercendo apenas em funções burocráticas. Porém há no interior da categoria resistências de grupos de assistentes sociais que vivencia ideologias diferenciadas e em conflito, pois um primeiro grupo objetivava apenas uma renovação, ou seja, modernizar as práticas do serviço Social, favorecendo o projeto desenvolvimentista implantado no país. O segundo grupo era composto por assistentes sociais radicais, visando a ruptura com o tradicionalismo, superando a exploração-dominação.

A prática do assistente social na saúde sob influência do movimento de reconceituação, a partir da teoria marxista, possibilitou mudanças na intervenção. Fundamentado nesta perspectiva buscava assumir práticas que visassem interagir com a realidade, promovendo e prevenindo, entendendo as causas da saúde como sendo adquiridas de um contexto cultural, social e psicológico, desenvolvendo um trabalho de conscientização no usuário, apontando sua problemática de saúde em um âmbito maior. A doença era tratada como um fator cultural, social e econômico, visando o desenvolvimento e mudança social.

A dialética marxista proporcionou ao serviço social um arcabouço teórico-metodológico dando um suporte teórico fundamentado na razão substantiva compreendendo a totalidade, cravada por uma complexidade de determinações ontológicas e mediadas entre o singular e o universal. Dessa forma, este movimento busca superar a visão que até então era unilateral, onde o objetivo geral era formular um estudo científico crítico da realidade social, proporcionando ao serviço social uma atuação própria para que possa construir e reconstruir objetos de atuação.

A partir da Constituição de 1988 a saúde é formulada com base nos princípios da Reforma Sanitária ampliando e consolidando direitos sociais. Esta estabelece funções do

Estado e sociedade civil de forma descentralizada e participativa, de gestão, sendo esta última com atribuições para formular e avaliar as políticas sociais.

Para a efetivação desse modelo de saúde, houve a necessidade de novos arranjos e organizações nos serviços, necessitando de uma mudança não apenas organizacional, mas na forma como se apresentavam as relações entre os usuários do serviço e os gestores, visando uma qualidade nas ações prestadas à população de forma democrática e universal, enquanto um direito do cidadão e dever do Estado. (GONÇALVES, 2006)

No entanto a prática do assistente social na saúde pouco avançou na década de 80, apesar de vários trabalhos e parcerias que foram feitos nesta década. Quase não teve resultados que correspondessem com os conhecimentos da reforma sanitária e o novo direcionamento dado a profissão (“congresso da virada”, em 1979) atrelado a tradição marxista.

Como contrapartida adentra, no início da década de noventa, o projeto neoliberal através do Consenso de Washington, o qual desestrutura os direitos prescritos na Constituição Federal de 88. Este trará para a prática do assistente social um contexto contraditório, pois de um lado a saúde privatista consolidada com o projeto neoliberal atua através de práticas assistenciais, seletivas e individuais. De outro lado, a saúde ora vinculado ao projeto da reforma sanitária inscrita na Constituição, busca a democratização no acesso aos serviços, atendimento humanizado, mobilizando a participação cidadã, enfim, efetivar direitos garantidos constitucionalmente. E, como forma da profissão seguir uma direção política apoiado juridicamente, Gonçalves (2006), ressalta:

O Serviço Social passa, assim, por mudanças em seu projeto profissional, destacando-se em 1993 a elaboração do novo Código de Ética profissional e a Lei de Regulamentação Profissional (Lei nº8. 662/ 93). (...) Há uma convergência entre alguns princípios expressos no Código de Ética dos Assistentes Sociais com os direitos sociais, especificamente os direitos de saúde, evidenciando um posicionamento político dos Assistentes Sociais na defesa permanente dos direitos sociais dos usuários enquanto sujeito de direitos.

Porém, o exercício profissional no início dos anos 90 passa por uma contradição, visto que emerge na sociedade uma nova conjuntura devido a estratégia de reestruturação produtiva com a inserção do modelo neoliberal o qual é oposto ao projeto profissional. Dessa forma, Bravo confirma as dificuldades enfrentadas na área de saúde ocasionada pelo processo

de racionalização do Estado através do ajuste neoliberal, o qual dificulta romper a prática profissional tradicional, e ressalta:

(...) que o desafio em comum identificado pelos autores é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do Assistente Social. (BRAVO, 2008)

A prática em geral, ligada a tradição marxista, deve ser realizada num processo que compreenda as relações sociais dentro do movimento da sociedade, produzindo possibilidades de condições de ruptura, promovendo a análise da totalidade e compreendendo as facetas da contradição Capital X Trabalho, através de ideologias, teorias e práticas que contribuam com o rompimento do conservadorismo.

Para Yamamoto (2009), o Serviço Social na sua atuação contemporânea necessita dominar três competências. A primeira delas é a competência ético-política que se caracteriza por ser uma dimensão que atua no marco das relações de poder e contradição, tendo um posicionamento político frente a realidade social, sendo este embasado de valores expressos no Código de Ética Profissional, finalizando numa prática que atenda aos setores marginalizados da sociedade. Outra competência é a teórico-metodológica, esta é fundamental na prática, pois precisa conhecer a realidade ontológica para um alcance do complexo da totalidade, visando construir novas estratégias profissionais. E, como última, a competência técnico-operativa que busca através de um conjunto de habilidades instrumentais, desenvolver ações que respondam as demandas advindas da dinâmica da realidade social, que, no entanto se faz de uma perspectiva teórico universal. Estas três dimensões estão expressas de modo que se desenvolvam de maneira indissociáveis, as quais resultam em respostas críticas de cunho político-transformador.

Diante desse contexto complexo e contraditório o assistente social irá desenvolver atividades que garantam acesso universal da saúde, trabalhando na gestão, em conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política, sendo essas funções fundadas em um conhecimento crítico da realidade social, pautado em um projeto profissional hegemônico.

Os assistentes sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu

trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. O assistente social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. (PACHECO, 2007)

Tendo por base, a perspectiva de atuação do serviço social, a qual está entrelaçada a um projeto ético-político profissional, o assistente social ora vinculado a este realiza sua prática objetivando uma construção de uma nova ordem social, sem exploração de classe, etnia e gênero. Um dos princípios fundamentais, que norteiam o Serviço Social na saúde, por excelência, é o “posicionamento em favor da equidade, justiça social e serviços que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”. (CFESS, 1993).

Com o novo direcionamento político que o Brasil enfrenta com a eleição do Presidente Lula, a prática do Assistente Social é trabalhada sob uma nova perspectiva de ação.

O trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas aquisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2008)

Contudo, é neste contexto de desigualdade social, falta de informação e conhecimento sobre as políticas da Seguridade Social, especialmente a saúde, que a sociedade se priva de direitos assegurados em lei. Portanto, cabe ao Assistente Social trabalhar na perspectiva de fortalecer as redes sociais e incentivar a participação social, promovendo e viabilizando a cidadania.

2.2 A instrumentalidade do serviço social

O Serviço Social trabalhou desde os seus primórdios até a década de 80 com instrumentos meramente técnico-operativos e sua atuação era apenas burocrática e a favor da ordem burguesa. Com a emergência e evolução da questão social o Estado se utilizou do serviço social para intervir nas problematizações, que começou a surgir no estágio

monopolista do capitalismo. O assistente social adentra no âmbito das políticas sociais ou nas empresas privadas com a finalidade de realizar um trabalho contemplando os fins econômicos e políticos. Com isso, utiliza-se de técnicas norte-americanas, reproduzindo a lógica do capital.

O serviço social inscrito na divisão sócio-técnica do trabalho surge no início do capitalismo monopolista com a finalidade de atender as necessidades advindas da relação capital X trabalho, possuindo uma utilidade social. Contudo, precisa oferecer respostas condizentes a essas classes antagônicas para ser reconhecido enquanto profissão necessária para atuar diretamente na questão social.

Neste período inicial da profissão foram adotadas técnicas e instrumentos para colocá-los em prática. O serviço social apropria-se de conhecimentos científicos da psicologia e sociologia, importando técnicas norte-americanas, ou seja, um “modo de fazer” e colocando em prática numa realidade diferente dos Estados Unidos. O intuito era utilizar-se de instrumentos capazes de alcançar finalidades para a reprodução da ordem burguesa.

Assim, o Serviço Social colocava-se como profissão que estava a favor do projeto burguês, dotado de instrumentos que produziam a manutenção da ordem econômica, tendo o Estado como formulador de políticas e o Assistente Social como simples executor destas, atuando no âmbito da operacionalização.

A instrumentalidade em geral pode ser assim entendida:

Na medida em que os profissionais se utilizam, criam e adequam as condições existente, transformando-as em meios/instrumentos para objetivação das intencionalidades, suas ações passam a ser portadoras de instrumentalidade. Desse modo a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo o trabalho social quanto categoria constitutiva um modo de ser, de todo trabalho. (SANTOS, 2003)

De um modo geral a instrumentalidade é um meio, onde todo trabalho social necessita dele para operacionalizar seu processo de trabalho, caracterizando-o como um modo de ser. Então, ao ser colocada em prática, através do processo de manuseio a instrumentalidade constrói e reconstrói um modo de fazer de acordo com as necessidades objetivas e subjetivas inerentes aos profissionais que se dá pelo trabalho, resultando no alcance das finalidades.

Portanto, todo trabalho social utiliza instrumentalidade guiando e controlando a natureza e produzindo relações sociais. Na sociedade burguesa são os donos de capital que possuem a ferramenta de trabalho, interferindo na reprodução social, pois os homens são

alienados tornado-se instrumentos da acumulação capitalista. É nesta contradição que o Assistente Social irá trabalhar e se utilizar de instrumentos capazes de responder as demanda social.

A partir da década de 80, com o início da consolidação do projeto de ruptura, o serviço social toma um caminho diferenciado no seu fazer profissional, adotando práticas condizentes com a estrutura do projeto ético-político. O serviço social é norteado por uma teoria que responda com criticidade às necessidades travadas por contradições das relações sociais, utilizando-se de instrumentos com um novo direcionamento teórico para iluminar suas ações e decisões. Assim, Yolanda Guerra afirma que:

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. (GUERRA, 2010)

De modo geral, para que o assistente social realize uma prática utilizando determinados instrumentos, é necessário que ele planeje suas ações para que dessa forma possa conseguir os objetivos traçados. Contudo, é preciso definir na prática a finalidade do fazer e “como fazer” para atender as demandas postas, fundamentado em um todo arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, os quais são dimensões que se inter-relacionam para embasar o fazer profissional.

A partir do embasamento teórico do projeto hegemônico são definidos os objetivos a serem alcançados, traçando estratégias de mediação através de instrumentos para um fazer profissional racional. É importante compreender que a realidade é dinâmica e não deve aplicar instrumentos prontos e acabados. O instrumento deve responder de maneira eficaz, produzindo mudanças de acordo com o que está proposto pelo projeto ora vigente. Contudo, não cabe apenas habilidade de manusear a técnica, mas sim a capacidade de usar as três competências técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política, a fim de criar e recriar formas e alternativas de intervenção a partir de instrumentos capazes de produzir transformações na realidade social, utilizando-se de infinitas possibilidades, pois o conhecimento e o fazer podem ir além do estático, tendo em vista que a realidade é constantemente mutável.

O serviço social encontra desafios nesta prática ao se inserir no ambiente de trabalho, seja ele público ou privado, tendo que muitas vezes realizar práticas cotidianas, burocratizadas, formalizadas, advindas das demandas institucionais. Assim, o profissional é submetido ao mercado de trabalho, pois necessita vender sua força de trabalho fazendo com que os instrumentos virem peças de reprodução do capital. No entanto o Assistente Social diante de uma perspectiva transformadora de conceitos precisa ter por base as três dimensões anteriormente citadas, para fazer além das demandas institucionais, dando respostas aos antagonismos, reconhecendo que o Serviço social deve responder as necessidades sociais.

A prática baseada num discurso crítico e reflexivo começou a enraizar numa vertente mais transformadora, a tradição marxista. Nesse momento a instrumentalidade passa de uma simples técnica operacional para tomar como base um referencial teórico-metodológico e ético-político nas suas ações no cotidiano profissional. Assim, a teoria marxista embasa a prática e consequentemente norteia a forma de utilização do instrumental, pois esse fazer profissional pode ir além do praticismo, onde analisa através da práxis a ótica da totalidade, percebendo concepções acerca das possibilidades e limites numa sociedade contraditória. Dessa forma, o serviço social enquanto categoria é dotada de especialidades intelectuais para realizar o fazer profissional, ressaltando que:

A valorização do estatuto intelectual em suas funções profissionais implicou a ampliação das suas atividades para além dos níveis de intervenção microssocial. Desde então, o Serviço Social vem se afirmando enquanto uma profissão que intervém refletidamente na realidade social, assim como vem desenvolvendo a sua competência intelectual como forma de pensar a realidade social e nela a sua inserção. Para isso, a sistematização teórica da prática, tem sido imprescindível. (COSTA, 2008)

Contudo, é importante ressaltar que a dinâmica da sociedade é complexa e a sistematização da prática está condicionada a realidade posta num contexto histórico. Assim é necessário conhecer limites e possibilidades da conjuntura, pois o fazer não poderá almejar práticas utópicas da realidade, devido a fatores externos e amplos, porém não podendo também de se utilizar de posturas conservadoras e conformistas, assim estaremos regredindo a atuação profissional. Através de práticas críticas e reflexivas é possível compreender os instrumentos como meios para chegar aos objetivos planejados.

2.3 Os instrumentos utilizados no centro de especialidades do Crato- CE

O Centro de Especialidades do Crato – CEC, conhecido popularmente como “Posto da Grota” está vinculado a política de saúde, atendendo na atenção primária e secundária, sendo de natureza pública e seus recursos advindos da rede municipal e federal. Tem como objetivo atender a toda população que necessita de consultas voltadas para especialidades. Neste centro são realizados atendimentos nas áreas de: Obstetrícia, Ginecologia, Reumatologia, Dermatologia, Fonoaudióloga, Psicologia, Serviço Social, Urologia, Clínico Geral, Neurologia, Terapia Ocupacional, Pneumatologia, Odontologia, Pediatria, Ultrasonografia, Ortopedia, Endocrinologia, Fisioterapia, Enfermeiro, Gastroenterologia; distribuídos nos períodos manhã e tarde, de segunda a sexta. Esses profissionais atuam em setores e programas governamentais, como: DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, planejamento familiar, Reabilitação. Funciona também o Centro Microrregional de Excelência a Assistência Reprodutiva - CEMEAR destinado a mulheres para a realização de prevenção, marcação de exames, pré-natal. E setores de: vacinação, ambulatório e esterilização.

O CEC possui três assistentes sociais cada uma atendendo em programas governamentais, sendo destinadas uma para hanseníase, outra para o planejamento familiar e outra para o DST/AIDS, tuberculose e reabilitação, utilizando-se de vários instrumentos: entrevistas, pareceres, acompanhamento, aconselhamento e encaminhamento. A partir desses instrumentos manuseados no Centro de Especialidades do Crato que se pretende observar, conhecer e analisar a prática do assistente social.

A utilização dos instrumentos técnico-operativos permite uma operacionalização da ação profissional mais consistente, quando estes se articulam entre si, embasam-se na dialética marxista e resultam em respostas criativas a partir da habilidade técnica.

A prática do assistente social no CEC baseia-se na realização de ações concretas de coordenação, elaboração, execução, supervisão e avaliação. Desenvolve um trabalho de qualidade que viabiliza direito através de informações, estabelecendo parcerias e articulando-se em redes. Assim, requer do profissional a partir da ação instrumental-técnico resultados que garantam e assegurem a elevação da auto-estima, o acesso a bens e serviços para as populações vulnerabilizadas, atingindo objetivos transformadores da dinâmica social.

Ao acompanhar a prática nesta instituição observou-se alguns instrumentos utilizados pelas profissionais que podem ser divididos em dois grupos: os instrumentos diretos e os

indiretos. Os instrumentos de trabalho diretos são caracterizados por uma antecipação do assunto a ser tratado no decorrer da realização deste, observando durante a operacionalização as características como: o olhar, a linguagem verbal e não-verbal, e que através da sensibilidade irá contextualizar a situação, identificando subjetividades. Como exemplo desse instrumento (“face a face”) tem-se: visitas domiciliares, reuniões, entrevistas individual e grupal, aconselhamento, acompanhamento. Outro grupo são os instrumentos indiretos, estes permitem a sua operacionalização na escrita. É registrado através de documento após a utilização do instrumento direto, e possibilita que os usuários e/ou familiares tenham acesso ao trabalho registrado. Por este instrumento permite sistematizar a prática, construindo um conhecimento sobre a realidade social. São exemplos de instrumentos indiretos: parecer, relatório, laudo sociais, encaminhamento.

Diante do exposto, é possível analisar que é necessária a interação entre os dois tipos de instrumentos para a partir dessas linguagens, escrita e face a face, fazer deles uma atuação articulada entre a teoria e a prática.

É nessa concepção de compreender os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos da profissão que se torna necessário vincular o serviço social a prática para o aprimoramento da análise das técnicas operativas, ancorado a uma capacitação teórico-metodológica e ético-política. Com isso o Assistente Social se processa na sua inserção no ambiente institucional e nas práticas cotidianas.

Sob esse direcionamento dado a instrumentalidade e ao CEC, são apresentados os principais instrumentos utilizados em *locus*, abordando sua definição e utilidade de acordo com sua necessidade. Logo, um dos principais e mais utilizados instrumentos neste centro é a entrevista caracterizada como um meio necessário ao processo de etapas no decorrer de sua operacionalização, utilizando-se dos seguintes recursos: planejamento, execução e registro da entrevista.

Para a realização eficaz desses recursos é fundamental que, a forma de manuseio da entrevista seja feita de forma qualitativa, obedecendo as técnicas importantes na operacionalização do instrumental. O acolhimento é o primeiro momento antes de começar a entrevista, o entrevistador irá pontuar e explicar o objetivo do trabalho a ser realizado. Ainda antes da entrevista é necessária a técnica do questionamento, pois corresponde a orientação sobre a finalidade da mesma, para que a pessoa entrevistada se sinta bem e saiba o porquê das perguntas. A reflexão é outra técnica, que tem como propósito construir mudanças através da competência do assistente social para com o usuário:

(...) busca como ocorreu o fenômeno, descrevendo-lhe as condições, fatores ou mecanismos na produção do evento e, posteriormente, busca explicação e análise das conexões existentes entre os elementos que o determinaram, a fim de identificar as contradições e localizar as necessidades. (LEWGOY; SILVEIRA, 2007)

O entrevistado deve responder com clareza as perguntas solicitadas para que entrevistador compreenda a sua história. A técnica da exploração requer do Assistente Social a partir do diálogo investigar se há ações ocultas que são expressões da questão social.

Portanto, a utilização da entrevista no CEC consiste ser um diálogo entre o profissional e o usuário, possibilitando uma conclusão do trabalho de acordo com os objetivos estabelecidos. A partir deste instrumento os assistentes sociais adquirem um conhecimento sobre o problema de saúde do usuário, encontrando uma maneira mais viável de formular estratégias de mediação entre a instituição e demais redes, garantindo o direito do usuário.

Outro instrumento utilizado é o parecer social, este consiste numa exposição rápida sobre um determinado assunto, formulada num documento de maneira breve e sucinta. É feito a partir de dados coletados e através destes o profissional da área avalia as informações colhidas e formula uma opinião sobre elas, fundamentada numa perspectiva teórica e crítica da realidade social e, assim emite uma argumentação no parecer.

Todavia, o assistente social inscrito na divisão socio-técnica de trabalho, permite se posicionar politicamente, alicerçado no Código de Ética Profissional, viabilizando uma indicação sobre a necessidade do usuário, tendo em vista a análise das situações da realidade social. Assim, o profissional irá escrever uma opinião sobre a situação e dessa forma concluir todo um trabalho em conjunto com outros instrumentos e finalizando com o parecer social.

Aprender a realidade não é apenas descrevê-la. É um produzir um conhecimento sobre a mesma. E é no momento do parecer social que esse conhecimento é elaborado a partir da reflexão racional do profissional – um conhecimento prático, que visa compreender a singularidade da situação estudada pelo Assistente Social, à luz da universalidade dos fenômenos sociais (descobrendo então a particularidade dos fenômenos) e assim, criar alternativas visando sua transformação. (SOUSA, 2008)

No entanto, o parecer social é um processo a ser ouvido e analisado, embasado por um rigor teórico, compreendendo a totalidade. Assim, o assistente social emite o parecer, estabelecendo sugestões sobre a situação vivenciada a fim de destinar a alguma instituição, órgão ou outros profissionais. Dessa forma é que o assistente social desenvolve seu trabalho no programa planejamento familiar, para emitir um parecer técnico, juntamente com

enfermeira e ginecologista, informando a situação social do usuário para a liberação de laqueadura, concessão de anticoncepcionais, preservativos, dentre outros.

O acompanhamento social é um instrumento desenvolvido por um procedimento realizado por tempo determinado, logo é contínuo durante o tratamento. Nesta técnica o assistente social cria um vínculo de confiança com o usuário, por trabalhar diretamente com um problema particular, onde a intenção maior é a recuperação do paciente. Este acompanhamento é feito com o usuário e sua família informando sobre seus direitos previdenciários, medicamentos, cuidados de como manter o tratamento, fortalecendo vínculos familiares, concessões e benefícios, orientando e prevenindo, identificando as dificuldades familiares e ressaltar o cuidado com a pessoa que está em tratamento, atuando na perspectiva de uma autonomia familiar cujo objetivo é atingir a meta traçada, a recuperação ou controle da doença. Fortalecendo dessa forma a união familiar e apoio social, oferecendo ao paciente mais segurança e valorização, por receber apoio não apenas das redes institucionais, mas também familiar.

O aconselhamento é outro instrumento que está eminentemente ligado ao acompanhamento, por se tratar de um fazer “delicado” ao processo de tratamento do usuário que necessita desta interação, principalmente entre estes dois instrumentos. O aconselhamento pressupõe uma técnica de escuta, realizada individualmente, onde a atenção está voltada para o usuário. É utilizado no CEC no programa DST/AIDS e orienta o paciente, infectado ou não, fazer uma reflexão sobre as formas de transmissão do vírus, adotando práticas seguras.

Na realização do aconselhamento, torna-se necessário analisar os aspectos sociais para que nesse procedimento individual não seja feito de forma que trate apenas dos aspectos físicos e individuais.

O profissional possui, nesse sentido, atribuições no nível da realidade externa, regulando conflitos, mediando e coordenando as demandas que se encontram entre as exigências institucionais e as carências demonstradas pelos seus pacientes, exigindo do Assistente Social uma visão macro do problema, e uma interpretação do contexto que permita uma intervenção mais flexível sendo adequada a cada situação apresentada. (ROCHA, 2007)

É a partir de intervenções educativas dos profissionais que possibilita ao usuário reconhecer-se com pessoa transformadora de sua realidade, mas para isso é necessário uma linguagem clara, utilizando-se de instrumentos disponíveis para compreensão da AIDS para que o profissional reconheça as necessidades e realize os encaminhamentos necessários.

É importante que o assistente social conheça os direitos dos usuários oriente-os para encaminhá-los a um procedimento que visa atendê-los de acordo com as necessidades e, se necessário, articula-se em redes sócio-assistenciais e outras políticas.

No CEC o encaminhamento é utilizado pelos assistentes sociais de forma documental que usam como forma de comunicação, inter e extra-institucional, solicitando e encaminhando a um setor ou profissional responsável de acordo com a política ou órgão com o qual necessita que caiba determinado fazer. É realizado através da articulação das redes sociais, como a educação, assistência social, saúde, dentre outras políticas. Os encaminhamentos são utilizados com a finalidade de atender aos usuários vulnerabilizados em casos de negação, ou mesmo pela falta de informação, sendo o Assistente Social como viabilizador de direitos através da inserção nas políticas sociais.

Cada um desses instrumentos de trabalho do assistente social por si só não alcança os objetivos traçados. Porém, eles são os resultados finais da competência criativa e propositiva a partir da compreensão da realidade social, desempenhar com responsabilidade, alicerçada nas bases que legitimam a profissão como o Código de Ética e a lei que Regulamenta a Profissão. Estes por sua vez iluminam e norteiam a prática profissional, cabendo aos profissionais a capacidade de saber essa pluralidade de práticas.

3 METODOLOGIA APLICADA NA PESQUISA

3.1 Procedimentos metodológicos

O presente estudo desenvolveu seu método de investigação com a pesquisa qualitativa, orientada por um suporte teórico, a dialética marxista, esse método de análise possibilita que obtenha-se resultados reflexivos sobre a totalidade. Partindo desse pressuposto, o estudo da realidade dinâmica, a partir do método dialético, se faz embasado por um plano teórico, e que através da lógica, sutileza, técnica e capacidade interpretativa, desenvolve a metodologia de análise de cunho qualitativa Assim, a pesquisa qualitativa:

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vício indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. (MENEZES e SILVA: 2000)

Diante desse conceito, este tipo de pesquisa aproxima o entrevistador de um conhecimento transdisciplinar ou interdisciplinar da atuação profissional, sabendo que nessa concepção a visão que se tem é que chegue a dimensão do coletivo, dialogando com saberes múltiplos, investigando com qualidade. Supera dados numéricos, privilegiando a oralidade das pessoas que só este tipo de pesquisa apresenta. Este estudo

Não se trata, portanto, de uma pesquisa com um grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação aquele sujeito com o qual estamos dialogando. Podemos conceber instrumentos que nos aproxima de grupos maiores, mas essa não é a nossa busca nessa metodologia de pesquisa. Como não estamos, procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivência, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa. (MARTINELLI, 1999)

Todavia, torna-se necessário um referencial que ofereça em suporte teórico acerca da prática profissional do assistente social e seus instrumentais, com isso a autora Yolanda

Guerra e Marilda Yamamoto, entre outros, são dotados de um conteúdo sobre esse assunto em um nível mais detalhado sobre o tema.

O local da pesquisa foi o Centro de Especialidades do Crato-CE, situado na Rua José Marrocos na cidade do Crato-CE, tendo como finalidade atender a toda população que necessita de consultas voltadas para diversas especialidades. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro do ano de 2010.

Por se tratar de um estudo de cunho qualitativo, a amostragem da pesquisa é de 100% do universo, ou seja, a entrevista foi direcionada a todos os assistentes sociais do referido centro, no entanto o resultado não decorreu conforme solicitado, pois uma profissional não foi localizada, procurada por diversas vezes.

O instrumento necessário para analisar os resultados foi a entrevista. E a partir dela foram coletadas informações necessárias para investigar com profundidade o desejado. No decorrer de sua operacionalização foi imprescindível agendá-la, em local reservado, assim permitiu um ambiente que favorecesse uma maior concentração.

Desse modo, entrevistar é mais do que apenas “conversar”: “requer um rigoroso conhecimento teórico-metodológico (Silva, 1995), a fim de possibilitar um planejamento sério da entrevista, bem como a busca por alcançar os objetivos estabelecidos para sua realização. “ (SOUSA, 2008).

Depois de documentada em um questionário semi-estruturado, foram avaliados e analisados os resultados, os quais serão descritos no item a seguir.

3.2 Análises e interpretação dos dados

A análise de conteúdo será conduzida pela história e cultura do objeto construído, não se restringindo ao aparentemente dado e categórico. Este fazer qualitativo expressa uma construção e reconstrução permanente dos resultados e, permite fazer uma reflexão teórica de um saber já concebido nas práticas.

Contudo os dados foram registrados no questionário semi-estruturado composto em seu primeiro momento de perguntas sobre a identificação profissional dos assistentes sociais. Informa o local e ano de graduação e pós-graduação. Logo em seguida são apresentadas seis perguntas eminentemente subjetivas, relacionadas sobre a prática profissional e os instrumentos utilizados no fazer profissional.

Quando perguntado sobre o fazer profissional do entrevistado, considerando os limites e possibilidades inseridas numa instituição. E, como respostas alcançadas:

Nos locais tanto privados ou públicos ficamos restritos e moldados as normas institucionais, procurando fazer o melhor sem ferir essas normas. (AS1)

O trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições a profissão. (AS2)

Assim, percebemos que a prática torna-se desafiadora frente à burocratização colocada muitas vezes de forma coercitiva, deixando o profissional asfixiado. Logo, segundo Iamamoto (2009), não temos de necessariamente ser levados ao imobilismo, é importante superar essa posição fatalista. Porém a autora leva em consideração que “esse quadro tem sido fonte de angústias sobre o papel do profissional, diante da dificuldade de criar e recriar e implementar propostas de trabalho.” Contudo a mudança depende tanto da prática profissional como também de cidadãos na luta pela efetivação dos direitos sociais conquistados e a sua extensão.

Ainda fazendo um complemento do assunto Iamamoto (1995), assinala e reconhece as possibilidades e limitações no fazer cotidiano relatando que o serviço social não opte por uma forma fatalista, considerando que as demandas estão postas e não podem ser mudadas, ou uma opção messiânica, que consiste em uma postura utópica achando que o serviço social irá transformar todas as relações sociais.

Ao serem questionados sobre os instrumentos e, se eles dão suporte suficiente para assim, atender a demanda vigente. Dessa forma explanam:

Entrevistas, anamnese, encaminhamento, acompanhamento... Acredito que sim facilitando o trabalho profissional. Logo há alguns instrumentos que são dificultados como a visita domiciliar, pela falta de transporte. (AS1)

Visita domiciliar, entrevista, relatório, laudo, parecer social e encaminhamento. Sim, eles dão suporte para atender a demanda posta. (AS2)

Tomando por base essas respostas, é possível perceber a dificuldade para realizar tal instrumento. Dessa forma, Mioto e Lima (2009), ressaltam a complexidade das ações dos assistentes sociais, e os fatores que são altamente variáveis, como exemplo:

Os tipos de demandas que requerem modalidades operativas flexíveis e personalizadas; a quantidade e a multidimensionalidade dos problemas sociais dos quais sempre emergem novas demandas e necessidades, a multiplicidade de contextos institucionais em interação com os seus constantes conflitos de competências e coordenação; a incerteza em relação aos recursos devido a grande variação da disponibilidade dos recursos públicos; e a complexidade das respostas somada à incerteza sobre seus efeitos, dado o grande número de variáveis intervenientes e da dificuldade em controlá-las.

Nessa condição, inserido no espaço de trabalho que o profissional abre possibilidades, mesmo na fluidez do exercício profissional, elabora propostas de trabalho que ultrapassam excepcionalmente a demanda institucional.

Quanto à percepção dos entrevistados acerca da relação entre teoria, ética e técnica no uso do instrumental. Assim, elas responderam:

Sim. A teoria é importante, pois se não tiver teoria não é desempenhado uma prática que corresponda à demanda, embasado pelo Código de Ética, onde é ele que nos norteia juridicamente e politicamente, para atender aos usuários. (AS1)

Sim. O fazer profissional do Assistente Social na atualidade teve um salto qualitativo. Com o projeto ético-político, exige-se cada vez mais do profissional uma formação continuada e crítica. (AS2)

Segundo Yamamoto (2009) “As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho”, utilizando-as para ampliar a leitura da realidade e direcionar rumos à ação. Esse é um meio com o qual o profissional conduz o

trabalho a ser realizado e por sua vez são adquiridos ao longo do processo formativo que fazem parte do acervo de seus meios de trabalho.

Quando questionados sobre a percepção do profissional em relação a importância dos instrumentos. Obteve-se como resposta:

Esses instrumentos são primordiais para um bom desempenho do papel profissional. E estes através de nosso manuseio oferecem condições para atender direitos dos usuários na sua qualidade de vida. (AS1)

O uso do instrumental técnico é imprescindível no campo de trabalho, viabiliza o desenvolvimento do fazer profissional, bem como permite a operacionalização contribuindo assim para um melhor desempenho profissional. (AS2)

Em outras palavras é necessário compreender quais transformações são essas para que o instrumental usado seja o mais eficiente em praticá-lo. Logo possa produzir transformações almeçadas pelo assistente social ou alcançar o mais próximo possível.

Segundo Sousa (2008), a utilização do instrumento permite que o assistente social use sua capacidade criativa indo além de seguir manuais de instruções, produzindo mudanças na realidade social, tanto em curto, médio e longo prazo.

Ao ser perguntados sobre ao fazer uso do instrumento de trabalho este favorece o direito do mesmo. Então, obtiveram-se as seguintes respostas:

Acredito que sim, como exemplo: utilizando uma anamnese você irá conhecer a fundo os usuários para traçar a melhor estratégia de trabalho, visando o direito dele. (AS1)

Sim. Acredito que o uso do instrumental favoreceu o reconhecimento do direito do usuário, possibilita um acesso mais efetivo aos serviços e programas existentes. (AS2)

Contudo, é importante compreender que não só a partir dos instrumentais se reconheçam os direitos e sim, da prática em geral, onde afirma no Código de ética os

princípios fundamentais, inclusive: “Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas a garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras. (CFESS,1993)

Portanto, ter como foco principal os direitos sociais e defendê-los, significa expressar a sua efetivação social. Dessa forma, essa é uma luta que move os profissionais nas ações do dia-a-dia que compõe o seu trabalho.

Quando questionadas sobre os desafios decorrentes desse sistema contraditório e complexo, onde avaliamos de grande importância para a nossa análise. Constatou-se:

O assistente social tem um papel importante, e mesmo como avanço do neoliberalismo há um crescente aumento de profissionais nos programas e projeto, no entanto não somos bem remunerados para exercer nossa prática mais eficaz. (AS1).

Outro aspecto a ser ressaltado, tanto na esfera pública estatal, como no setor privado, é a partilha de demandas que a profissão enfrenta, com as perspectivas desregulamentadoras do mercado de trabalho e as crescentes tendência ao trabalho interdisciplinar que permeiam as relações de trabalho na contemporaneidade. (AS2)

As políticas públicas de forma genérica são caracterizadas em ações viabilizadoras pelo Estado para promover o exercício da cidadania, buscando minimizar o clientelismo, promovendo o desenvolvimento integral do ser humano, afim de uma autonomia e emancipação social. A articulação das políticas sociais deve ser direcionada para deferir situações de vulnerabilidade econômica, social, cultural e a garantia de direitos, para que a partir dessas políticas os usuários sejam reconhecidos como sujeitos de direito.

Em contradição a essa ideia de política abrangente, a política que se encontra em vigor no país, é a neoliberal, esta é a principal responsável pela ineficiência das políticas públicas e conseqüentemente no mundo do trabalho, impondo ao Estado a sua participação mínima nos investimentos das políticas sociais universais.

Pode-se perceber que o neoliberalismo entra no Brasil na década de 90, tendo seus rebatimentos até hoje, ocasionando conseqüências nas relações de trabalho. Os assistentes sociais funcionários públicos vêm sofrendo os efeitos deletérios da Reforma do Estado no campo do emprego e da

precarização das relações de trabalho, tais como a redução dos concursos públicos, demissão dos funcionários não estáveis, contenção salarial, corrida a aposentadoria, falta de incentivo a carreira, terceirização acompanhada de contratação precária temporária com perda de direitos, etc. (IAMAMOTO, 2009)

Porém, foi a partir da Constituição de 88, através do processo de municipalização que “abriram as portas” para o mercado de trabalho aos assistentes sociais. Promoveram novos canais de assistência aos cidadãos através de sua inserção na formulação, gestão e controle das políticas sociais, significando uma abertura das possibilidades de trabalho para o serviço social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da saúde, referenciando-se a forma de operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto-ético político profissional o serviço social busca desenvolver em seus processos de trabalhos, o acesso a uma saúde de qualidade, tanto individual como coletiva. Assim como promover o ingresso do usuário a bens e serviços essenciais para a sua materialização, além dos demais direitos sociais. A partir da constituição de 1988 a saúde é garantida como direito universal realizada com o objetivo de promoção, proteção e recuperação mediante políticas públicas providas pelo Estado.

A atuação profissional na saúde é posta como um desafio para todos os sujeitos envolvidos nesta dinâmica. Ainda há muitas superações a serem atingidas tais como: uma forma de gestão mais qualificada com capacidade de atender as necessidades através de um método de saúde mais eficaz; conseguir aprimorar a ineficiência do planejamento, implementação e avaliação dos recursos humanos e materiais; considerar a universalidade, equidade e integralidade; investir na aplicação de forma coerente dos recursos financeiros; capacitar os profissionais na sua área de atuação obtendo um perfil adequado nos resultados da prática, priorizando a atenção básica, pois é nela que previne possíveis doenças no futuro. Entretanto, é necessário propor planos de ações que visem diminuir a burocratização dos serviços, favorecendo assim para a concretização de soluções viáveis.

A área da saúde é um campo de trabalho a qual se exige cada vez mais conhecimento teórico metodológico e habilidades, que se enquadram neste âmbito a prática do assistente social. A atuação do serviço social utilizando-se de instrumentos se desenvolve em um campo que é permeado por interesses diversos: antagonismos, anseios, primordialmente na tentativa de diminuição das desigualdades sociais, como também na garantia e efetivação dos direitos, com o objetivo de que sejam atendidos nas suas necessidades sociais reconhecendo, através da sua prática e o manuseio dos instrumentos, como sujeitos de direitos que possam sair da condição de vulnerabilidade social, tendo suporte de transformar sua realidade.

Convém ressaltar que a falta ou a precariedades de recursos físicos, materiais e humanos estão diretamente ligado a qualidade das ações prestadas. Compreendendo que os processos de capacitação tornem possíveis ideias críticas e reflexivas sobre a estrutura do trabalho que são fundamentais para o desenvolvimento de uma visão mais ampla dos problemas de saúde os quais são deparados pelos profissionais no cotidiano.

Tomando por base a entrevista realizada na pesquisa o que pode ser analisada é a sua operacionalização que precisa ser posta em prática em conjunto com outros instrumentais correspondendo de maneira eficiente. Para isso é fundamental que o profissional saiba aplicar na sua prática cotidiana as dimensões teórico-metodológicas, ético-política e técnico-operativa a fim de que tornem esses instrumentos capazes de gerar mecanismos essenciais na consolidação de políticas sociais. Assim, o profissional vem intervir utilizando de instrumentais de forma a levar os usuários a possuírem reflexões críticas de como são as políticas públicas prestadas para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, possibilitando uma mudança na forma de como a sociedade é construída e levada a aceitar os erros do sistema público de saúde.

Portanto, os resultados da pesquisa permitiram a compreensão do contexto da prática e da instrumentalidade, na medida em que se assimilou através de estudo como sendo inter-relacionados nas várias dimensões da profissão. Torna-se importante a interação entre teoria e prática, sendo reexaminada e atualizada, com metodologias que almejam uma transformação cultural política, econômica e social.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Biblioteca Virtual Sergio Arouca, 1988. Disponível em: <http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acessado em 12/11/2010, as 10h 04min.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: Bravo, M. I. S. et al. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. – 3º ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. IN: Bravo, M. I. S. (org), et al. Saúde e Serviço Social. 2º ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências.

_____, constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rev. nº 6/94. – Brasília: Senado Federal: subsecretaria de Edições técnicas, 2006.

_____. Código de ética do Assistente Social. **Lei 8662/93 de regulamentação da profissão**. - 3º ed. Rio e atual. - Brasília: conselho Federal do Serviço Social, 1997.

_____. **Lei n / 8142/90** - Sistema único de saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 21/10/2010, às 14h20min.

BERTOLOZZI, M. R.; CRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Ver. Esc. Enf. USP, v.30, N°3, p. 380-98, 1996. Disponível em: // www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf. Acesso em: 07/10/2010 às 15h 30 min.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais**. IN: MOTA, A. E. (org.) et al. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. - 3º ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP- 2006**. 132f. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

IAMAMOTO, M. **Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**. 16° ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. M. C. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social**. Revista textos & Contextos. V. 6, n.2, p. 233-251. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php>. Acesso em: 20/11/2010 as 14 h e 40 min.

MACEDO, J. R.; OLIVEIRA, V. **Uma história em construção**. 1° ed. Rio de Janeiro: editora do Brasil, 1999.

MARTINELLI, M. L. (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. – São Paulo: Veras editora, 1999.

MENEZES, E. M.; SILVA, E. L. da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distanciada UFSC, 2000.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T.C.S. **A dimensão técnico-operativa do serviço social em foco: sistematização de um processo investigativo**. Revista textos & Contextos. v. 8, n.1, p. 22-48. Porto Alegre, 2009.

OMENA, V. C. de. **O movimento de reconceituação do Serviço Social e o processo de renovação crítica da profissão a partir da década de 1980 no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://pt.oboulo.com/o-movimento-de-reconceitua%C3%A7%C3%A3o-do-servi%C3%A7o-social-e-o-processo-37919.html>. Acesso em: 30/10/2010 as 17h e 20 min.

PACHECO, V. **O assistente social como profissional de saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.portalsaudevida.com.br/site/secooartigos/mat%C3%A9ria>. Acesso em: 12/11/2010 as 21 h e 03 min.

POLIGNANO, M. V. **História da política pública no Brasil: uma pequena revisão**. 2006? Disponível em: <http://internatoruralmedicina.ufmg.br/saude-no-brasil.pdf>. Acesso em: 27/09/2010 às 10h 10 min.

ROCHA, A.G.V. **O serviço social e o enfrentamento da AIDS no Maranhão: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais nos programas de DST/AIDS em São Luís**. 89f. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Maranhão, 2007.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. São Paulo: Ver. Latino-am Enfermagem, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em 03/11/2010 às 17h 40 min.

SANTOS, G. L. R. dos. **A instrumentalidade do serviço social na área sociojurídica**. Grupo de Estudos pesquisas e Projetos Sócios jurídicos/ UFAL. Alagoas, 2003. Disponível em: <http://www.nucleo.ufal.br/gepsojuer/anaisconnasp>. Acesso em: 04/11/2010 às 15h e 30 min.

SOUSA, C. T. de. **A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Emancipação. Vol.8, nº 1. Pág. 119-132. Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipação>. Acesso em: 03/11/2010 às 14h 02 min

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. **A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior**. IN: Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1- São Paulo: CEBES, 2005.

APÊNDICE