

FACULDADE LEÃO SAMPAIO - FLS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

MARIA DO SOCORRO SAMPAIO

JUAZEIRO DO NORTE - CE

2010

MARIA DO SOCORRO SAMPAIO

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

Monografia apresentada a Faculdade Leão Sampaio - FLS do Campus Crajubar, como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social, sob orientação da Prof^a. Especialista Francisca Helaide Leite Mendonça.

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2010

MARIA DO SOCORRO SAMPAIO

**A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF**

Monografia apresentada à Faculdade Leão Sampaio - FLS do Campus Crajubar,
como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social.

Data da Aprovação: 08 / 07 / 2010

Banca Examinadora:

Prof^a. Esp. Francisca Helaide Leite Mendonça

Faculdade Leão Sampaio - FLS

Orientadora

Prof^a. Esp. Kátia Regina de Assis Nassif Jaber

Faculdade Leão Sampaio - FLS

1º Examinador

Prof. Esp. Adjalmo Pereira Filho

Faculdade Leão Sampaio - FLS

2º Examinador

DEDICATÓRIA

*A **Deus** primeiramente, e aos usuários, que no Serviço Social, são os pilares da nossa atuação profissional. Sem eles nada seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Oh Deus, pai misericordioso, agradeço por todas as bênçãos e graças que recebi de ti durante todos os anos da minha vida, e em especial, nesse momento de conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social, momento este, de grande realização pessoal e profissional. Obrigada por conceder-me tão importante vitória!

Obrigada Arianne e Alfredo Júnior, filhos queridos, pelo amor e compreensão, pelas vezes que não tive tempo de dar atenção e acompanhá-los nas tarefas do dia-dia, por estar ocupada com meus estudos. Mas, mesmo assim, foram meus companheiros inseparáveis nessa batalha... Amo muito vocês!

A você Alfredo, esposo e companheiro de longas datas, agradeço pelo incentivo e apoio que me deste no decorrer desses quatro anos de graduação. O seu estímulo foi fundamental para que eu pudesse nesse momento, lograr mais uma etapa na minha vida. Obrigada de coração!

A todos os que estiveram comigo, direta ou indiretamente apoiando-me e dando-me forças para continuar nos momentos de desânimo e dificuldade, pois essa caminhada se tornou menos difícil, porque tive ao meu lado pessoas amigas como: Lucimar, Edna, Márcia, Socorro Ferreira... Enfim, a todos que me apoiaram e de forma especial, as minhas irmãs e toda minha família que admiro e amo muito.

É!

*A gente quer valer o nosso amor
A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor...*

*A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade...*

É!

*A gente não tem cara de panaca
A gente não tem jeito de babaca
A gente não está
Com a bunda exposta na janela
Prá passar a mão nela...*

É!

*A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação...*

É! É! É! É! É! É! É!...

É!

A gente quer valer o nosso amor

*A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor...*

*A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade...*

É!

*A gente não tem cara de panaca
A gente não tem jeito de babaca
A gente não está
Com a bunda exposta na janela
Prá passar a mão nela...*

É!

*A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação...*

Gonzaquinha

RESUMO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF é uma estratégia de atenção à saúde com o objetivo de oferecer um suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família, ao cuidado e acolhimento aos usuários que necessitam de um atendimento especializado. Esse estudo se propõe a identificar os instrumentais do Serviço Social no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, descrever os instrumentais utilizados pelo serviço social no NASF; na tentativa de conhecer os limites que impossibilitam o assistente social de exercer a instrumentalidade como uma capacidade de modificar e transformar a realidade social do usuário; investigar a importância da utilização dos instrumentais no cotidiano dos profissionais. A pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, foi realizada com os assistentes sociais em exercício profissional nos NASF's do município de Juazeiro do Norte-CE. A coleta de dados desse estudo foi obtida por meio de entrevista semi-estruturada. Os principais resultados foram: que os sujeitos da pesquisa utilizam os principais instrumentos abordados no roteiro de entrevista, e que essas ferramentas são importantes na transformação da realidade social dos usuários; que há uma precariedade nos recursos físicos e materiais, o que prejudica a qualidade do atendimento; existe uma atenção à saúde fragmentada, focalizada e individualizada, o que dificulta o alcance dos objetivos aos quais se propõe o NASF.

Palavras- Chave: Instrumentalidade, Serviço Social, Saúde, NASF.

ABSTRACT

The Support Center for Family Health - NASF is a strategy for health care with the goal of offering support to the teams of the Family Health Strategy, care and shelter to users who require specialized care. This study aims to identify and describe the instruments of social services in the context of NASF, investigating the use of instruments in their daily lives, knowing the limits that preclude these professionals as an instrumentality exercising the ability to modify, transform and change the socio-economic conditions and political subjects, for their autonomy and empowerment in the social context. Qualitative research with a descriptive and exploratory research was conducted with social workers in professional practice in NASF's municipality of Juazeiro do Norte-CE. The collection of data from this study was obtained through semi-structured interview. The main findings were that the subjects using the main tools covered in the interview guide, and that those tools are important in transforming the social reality of the users, there is an instability in the physical and material resources, which affect the quality of care, there is a fragmented health care, focused and individualized, making it difficult to reach the objectives for which it proposes to NASF.

Key words: Instrumentality, Social Services, Health, NASF.

LISTA DE SIGLAS

ABESS- Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANAS- Associação Nacional dos Assistentes Sociais

APS- Atenção Primária à Saúde

BNH- Banco Nacional de Habitação

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

Ce- Estado do Ceará

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEME- Central de Medicamentos

CF- Constituição Federal

CFAS- Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CLT- Consolidação das Leis Trabalhistas

DATAPREV- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

EBES – Estado de bem estar social

ESF- Estratégia Saúde da Família

FGTS- Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FUNABEM- Fundação Nacional de Bem – Estar do Menor

IAPAS- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPETEC - Instituto de Aposentadorias de Pensões Estivadores, Transportes e Cargas

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPM – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

IAP's- Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

LBA- Legião Brasileira de Assistência

LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social

MS- Ministério da Saúde

MST- Movimento dos Sem Terra

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS- Programa de Agente Comunitários de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PSF – Programa de Saúde da Família

SENAI- Serviço Nacional de Aprendizagem

SESI- Serviço Social da Indústria

SF- Saúde da Família

SINPAS- Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

- ✚ **Quadro 01:** Distribuição dos sujeitos de acordo com a identificação, local de trabalho, tempo de serviço e carga horária – p. 87

- ✚ **Quadro 02:** Instrumentais discriminados no roteiro de entrevista – p. 88

- ✚ **Quadro 03:** Percepção do profissional acerca dos instrumentos na atuação do Serviço Social no contexto do NASF- p. 92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DA SAÚDE	23
1. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS INTERNACIONAIS	23
2. PERCURSO DAS POLITICAS SOCIAIS E DE SAÚDE NO BRASIL	30
2.1. DESCREVENDO OS AVANÇOS EM SAÚDE DA FAMÍLIA	45
2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	49
CAPÍTULO II - A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF.....	53
1.HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	53
1.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	60
2. INSTRUMENTALIDADE NO CONTEXTO DO NASF – INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	64
2.1 Visita Social: Domiciliar e Institucional.....	68
2.2 Laudo Social	69
2.3 Parecer Social.....	70
2.4 Entrevista Social: Individual e Grupal	71
2.5 Relatório Social.....	73
2.6 Observação Social.....	73
2.7 Reuniões e Palestras.....	75
2.8 Diário de Campo	77
2.9 Encaminhamentos e Orientações.....	78
CAPÍTULO III – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	81
1. Tipo de Pesquisa	81
2. Contexto do Campo de Estudo	82
3.População da Pesquisa	82
4. Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados.....	83

5. Análise dos Dados	83
6. Aspectos Éticos.....	85
7.DISSCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	86
7.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA	86
Quadro 01: Distribuição dos sujeitos de acordo com a identificação, local de trabalho, tempo de serviço e carga horária.....	87
Quadro 02: Instrumentais discriminados no roteiro de entrevista	88
Quadro 03: Percepção do profissional acerca dos instrumentos na atuação do Serviço Social no contexto do NASF	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	99

INTRODUÇÃO

Ao descrever os vários modelos de saúde desenvolvidos nos diferentes momentos da história, faz-se imprescindível que o façamos de modo que venha contribuir para a compreensão de como se deu o processo de constituição e desenvolvimento dessas Políticas Sociais na sociedade, de modo que a Política de Saúde seja compreendida como área de Política de Estado a qual tem como desafio o de desenvolvê-la em conjunto com as demais políticas sociais e com as características do Estado Social que as opera.

No Brasil, é importante considerar que a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece as responsabilidades do Estado para prover as condições indispensáveis para o exercício pleno do direito à saúde e extinguir as causas sociais que interferem nela. Ao focar as ações desenvolvidas pelo assistente social no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que objetiva conforme explicita (BRASIL, 2009), que as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania, de criação e implementação de estratégias que fomentem e fortaleçam as redes de suporte social, propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, para que assim, contribua para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania, bem como o de fortalecer e ampliar as ações na Atenção Básica.

O NASF é composto por uma equipe multidisciplinar, profissionais de diferentes áreas de atuação que trabalham em parceria com a Atenção Básica, dando apoio aos serviços desenvolvidos pela Equipe de Saúde da Família, comprometida em desenvolver os serviços em benefício dos indivíduos que se encontram em situação de riscos, agravos ou para promoção e prevenção à saúde.

Entretanto, ao pensar o SUS, como política pública de Estado criada num contexto capitalista totalmente antagônico, a idéia social que se tem desse sistema de saúde, a partir do pressuposto da universalidade de acesso e da atenção integral da saúde como direito, nasce como conflitante ao modo de vida e de produção predominante hoje na sociedade capitalista: desigual, individualista e excludente.

É dentro dessa realidade que o governo brasileiro implanta as suas políticas de públicas que visam propiciar a integração da economia nacional e regulamentar os fatores de produção, caracterizando-se, portanto, como a base da intervenção do profissional, que em sua prática busca amenizar os impactos causados à sociedade pelo Sistema Capitalista. Para o pleno exercício da profissão, o assistente social utiliza-se de meios e instrumentos indispensáveis para o agir profissional, através dos quais se processam as ações de contexto social. O conceito ampliado de saúde, como decorrência das condições de vida e de trabalho da população, tem como fundamento o reconhecimento dos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, como determinantes do processo saúde-doença.

Nesse estudo, será dado enfoque às ações desenvolvidas pelo assistente social no contexto do NASF, sendo esse profissional essencial na articulação e desenvolvimento das ações realizadas entre a equipe do NASF e a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Diante do exposto, ressalta-se que ainda são poucos os estudos e pesquisas científicas que abordem a temática, por isso, o desejo da elaboração do presente estudo. Perante a essa indagação a pesquisa vem a ser de grande relevância para os profissionais da ESF, do NASF, aos acadêmicos e a comunidade de modo geral, uma vez que este estará embasado teoricamente e subsidiado de acordo com a realidade apresentada pelos sujeitos da pesquisa.

Esse estudo tem por objetivo geral identificar os instrumentais do Serviço Social no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, e os objetivos específicos são respectivamente: descrever os instrumentais utilizados pelo Serviço Social no NASF; identificar os limites que impossibilitam o assistente social de exercer a instrumentalidade como uma capacidade de modificar e transformar a realidade social do usuário; investigar a importância da utilização dos instrumentais no cotidiano dos profissionais.

Essa pesquisa de caráter monográfico será dividida da seguinte forma: no primeiro capítulo será apresentado um resgate histórico da Política da Saúde, para melhor compreensão do tema, onde se discute as trajetórias das políticas sociais a nível mundial e nacional e também a Política de Saúde Pública brasileira, até o advento do SUS, bem como a evolução de outros programas do setor que vieram de-

pois dessa: O Programa Agente Comunitário de Saúde, Programa Saúde da Família, hoje, Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (PACS, PSF/ESF e NASF), respectivamente.

No segundo capítulo, se fará uma abordagem da evolução histórica do Serviço Social no Brasil, bem como o trabalho do assistente social na saúde, para posteriormente adentrar no tema central dessa pesquisa - A Instrumentalidade do Serviço Social no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.

No terceiro capítulo, se delineará o perfil metodológico desse estudo, aonde se aponta todos os processos desde o tipo de pesquisa, contexto do campo de estudo, instrumentos e procedimentos para coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos. Em seguida, será apresentada a análise e discussão desses dados de forma minuciosa, no qual serão revelados os resultados da referida pesquisa, que servirá para tecer as considerações finais a respeito das questões relacionadas ao Serviço Social e suas contribuições para o NASF.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DA SAÚDE

1. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS INTERNACIONAIS

As políticas sociais, vistas como um processo social, tiveram seu surgimento com a ascensão do Sistema Capitalista, dentro da sociedade burguesa, bem como através das lutas de classes advindas da Revolução Industrial

Para melhor compreensão da política social a nível internacional, é necessário fazer a correlação entre o fator principal do seu nascimento: a questão social, para posteriormente, fazer o resgate acerca das concepções e origens das políticas sociais mundiais. Para tanto é preciso pensar a questão social no contexto das relações de produção e reprodução social na sociedade burguesa, ou seja, no âmbito do modo de produção capitalista. Deve-se compreendê-la, como um fenômeno social que suscita no início do século XIX, nos países europeus, mais precisamente na Inglaterra com o processo de industrialização, e que se expande também para outros países com o advento do capitalismo.

A questão social teve sua gênese na contradição entre Capital e Trabalho, onde passa a expressar a existência real das condições desumanas de vida e trabalho brutalizados do proletariado, e o aumento expressivo do pauperismo da classe trabalhadora. Assim, esse fenômeno social passou a se alastrar pelos países capitalistas e fazer parte do contexto social dos grandes centros urbanos.

Diante da conjuntura de manifestação e reivindicação dos trabalhadores fabris, devido às condições degradantes em que viviam e pelo grau de exploração da força de trabalho operária, deu-se início ao surgimento de uma nova classe, a proletária, que passou a exigir melhores condições sociais na luta por moradias dignas, melhores salários, menores jornadas de trabalho e políticas sociais. Apreende-se assim, a questão social como expressão entre o proletariado e a burguesia em tempo de processo de acumulação capitalista, havendo a necessidade de reconhecimento como classe, no cenário político mundial.

O que se pôde apreender sobre o tema em questão, é que ocorreu grande insatisfação por parte dos empregados marginalizados pelo processo industrial, dando início às reivindicações e exigindo a necessidade do reconhecimento da questão social, através de implementação de políticas sociais que atendessem às necessidades da classe operária, devendo o Estado intervir nos conflitos sociais através de algumas medidas de proteção social, como forma de reduzir e minimizar as tensões da população que lutava por direitos sociais.

A respeito do assunto encontra-se o embasamento que explicita melhor a questão em foco através do ponto de vista de Carvalho & Iamamoto (1983), citado por Machado:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (CARVALHO & IAMAMOTO, 1983 *apud* MACHADO, 1999, p. 1).

Contudo, se analisa que há consensos de que o ideário de lutas e de inquietações dos trabalhadores impõem novas exigências, buscando a intervenção estatal como política para enfrentamento da questão social, como um meio resolutivo a tantos problemas. Assim, para defender a expansão do Capitalismo, o Estado começa a intervir no final do século XIX com as primeiras legislações e medidas de proteção social (Alemanha e Inglaterra), na defesa do econômico em virtude do interesse do capital e do social, em favor dos proletários do complexo industrial. Isso fica bem claro quando Silva (2004) afirma que é nesse contexto, onde o Estado segue implementando políticas sociais fragmentadas, respaldadas na idéia de que os problemas sociais não possuem interligações, obtendo com isso um maior controle social.

Entretanto, ressalta-se que os primeiros tipos de medidas sociais gerados nos países que possuíam um ideário liberal, dentre eles a Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos, não causa surpresa terem sido sob a ótica da filantropia e da caridade, possuindo o caráter punitivo, repressor e não protetor, distribuído em várias leis desenvolvidas antes da Revolução Industrial

De acordo com Behring & Boschetti (2008), nesse período há a negação da política social e uma reduzida intervenção do Estado com relação às políticas públicas, já que as mesmas estimulam a ociosidade e o desperdício, devendo, portanto, serem essas ações um paliativo, porque na perspectiva dos liberais, o poder público deve apenas prestar assistência mínima aos segmentos da sociedade que não têm condições de competir no mercado de trabalho como crianças, idosos, deficientes físicos, por serem pessoas consideradas incapazes de exercer atividades laborais.

Conforme as autoras supracitadas, em tempos de liberalismo ocorreram as primeiras medidas de proteção social. Na Alemanha, foram instituídos alguns seguros sociais voltados para a classe trabalhadora da indústria, sendo criado em 1883, o seguro saúde, por Otho Von Bismarck, chamado de Modelo Bismarkiano. As políticas sociais desse modelo caracterizam-se como a primeira tentativa de se estabelecer políticas de proteção social, tendo como medida inicial, o sistema previdenciário (o seguro-saúde). Esse seguro era destinado a uma categoria de trabalhadores e tinha como objetivo, desmobilizar as lutas. As políticas sociais bismarkianas, foram de fundamental importância para a concretização da unificação alemã, bem como da constituição de sua classe trabalhadora.

Para Zimmermann & Andrade (2008, p. 67), “os Programas Bismarckianos eram seletivos ou corporativos na medida em que no princípio, seus únicos beneficiários eram os operários industriais considerados como uma categoria social que compartilhava o mesmo interesse”.

Nessa perspectiva, em 1884 foi criado o seguro de acidente de trabalho e em 1889, o seguro de invalidez e velhice. Porém, esses seguros sociais tinham o objetivo de evitar as tensões entre a classe trabalhadora e o patrão, visto que, nesse momento as mobilizações estavam se fortalecendo, e se fizeram necessárias as concessões de alguns benefícios para acalmá-los. Vale lembrar que eram medidas focalizadas, determinadas para categorias específicas, não abrangia a toda população.

A primeira grande crise do Capital com a Depressão de 1929/1933, seguida dos efeitos da Segunda Guerra Mundial, marcou uma mudança significativa na ampliação das políticas sociais nos países capitalistas, ocorrendo sua generalização na transição do capitalismo concorrencial para o monopolista, sobretudo após a Segun-

da Guerra Mundial, com o capitalismo tardio. Nessas sociedades onde predominavam o capital com o intuito de assumir algumas responsabilidades sociais, era o de manter a ordem e punir a desocupação das pessoas, e não de garantir a melhoria para todos.

O período de maior intensidade na instauração de sistema de seguridade social nos países europeus pode ser determinado após a Segunda Guerra Mundial, contexto em que a necessidade de reconstrução das economias nacionais européias encontrou uma classe trabalhadora fortemente mobilizada, motivada pela insuficiência do capitalismo e pela presença da União Soviética, entre os países vencedores da guerra (RIZOTTI, 2001, p. 39).

Para Behring & Boschetti (2008), não é possível determinar um período exato em que surgiram as primeiras ações de políticas sociais, pois como processo social, elas se formaram junto aos movimentos decorrentes da Revolução Industrial, das lutas de classes e da ação interventiva do Estado. Porém, sua ampliação ocorre após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, sua origem não foi uniforme, acontecendo de forma distinta entre os países, estando vinculado aos níveis organizacionais da sociedade num dado contexto histórico. Depende, porém, dos movimentos de organização da classe trabalhadora e da constituição das relações sociais capitalistas.

É dentro de um contexto de guerra e crise, que a década de 20 é marcada, com o predomínio de expansão com taxas de lucros altos e ganhos de produtividade para as empresas e políticas sociais para os trabalhadores.

Aliás, Sousa (2008a) faz uma explanação mais clara ao afirmar que o Estado passou então a ter uma maior participação na economia, a partir do fornecimento de serviços sociais e através da elaboração de políticas monetárias e fiscais voltadas ao pleno emprego, originando assim o Pacto Keynesiano. Dessa forma, apreende-se que as políticas sociais e a repercussão das despesas no processo econômico adquiriram ênfase com o aparecimento das teorias propostas por Keynes, que defendia a intervenção do Estado. Essa participação estatal tinha o objetivo de acelerar ou reativar a produção num momento de crise de insuficiência da demanda efetiva.

As políticas sociais compreendem não só a reprodução da força de trabalho, diretamente ligada à produção, mas também aquela que está excluída do processo produtivo, mantendo, contudo, sua capacidade de consumir [...] Keynes considerava necessário o estímulo à demanda via benefícios do Estado, para manter o mercado e a produção (FALEIROS, 2004, p. 40-41).

Com o pacto Keynesiano, houve o enfraquecimento do liberalismo, de forma que se fazia necessário o Estado intervir tanto na economia como no social, com o aumento nos gastos públicos. Atendendo a esse momento histórico de crise, Keynes aponta propostas que têm um ponto em comum, o suporte público a um conjunto de medidas para sanear as crises em curso, as quais na sua concepção seriam necessárias para a sustentação da proposta do pleno emprego. Assim, com a oferta de emprego e a abertura no mercado de trabalho, havia a oportunidade para as pessoas com os seus salários, terem a capacidade de comprar seus bens e serviços oferecidos pelo mercado. Como saída para esse intento de superação da falência do antigo regime econômico, foi a intervenção estatal, criando um conjunto de medidas econômicas e sociais que desse um maior investimento na economia e acréscimo de gastos com o social.

A partir dessas disposições, o Estado enquanto gestor das medidas de proteção econômica planeja sistemas nacionais de seguridade utilizando volumosas quantias disponíveis, produzindo uma distribuição horizontal de renda. Nesse contexto, percebe-se que o movimento operário torna-se necessário ao princípio dos seguros sociais, criando caixas voluntárias, e posteriormente obrigatórias para cobrir perdas. Houve a pressão do operariado acerca da incerteza no que diz respeito às proteções sociais, tais como o auxílio ao desemprego, invalidez, doença e velhice. A partir daí, com esse processo de segurança social, os assalariados deveriam ter cobertura contra toda perda de salário corrente.

Para Behring & Bochetti (2008), diante do contexto do Estado de Bem-estar Social (E.B.E.S.), implementou-se nos países Europeus, o Plano Beveridge, ocorrido na Inglaterra na década de 40, que veio propor um programa de prosperidade política e social. As características desse plano foram de um sistema que atendesse à todos, conferindo a ele a universalidade, uniformizado, simples e centralizado. Esse sistema garantia a todos os indivíduos cobertura com certas contingências sociais. Inspirado no Relatório Beveridge, o governo inglês apresentou em 1944 um plano de previdência social que deu ensejo à reforma do sistema inglês de proteção social, implantado em 1946. Tinha como objetivo, a luta contra a pobreza. Os direitos eram universais, destinados a todos os cidadãos, devendo o Estado garantir os mínimos sociais àqueles em condições de necessidade, sendo essas, públicas ou privadas.

O Plano Beveridge buscava programar critérios de universalização de benefícios e serviços, ou seja, propondo a inclusão de toda a população, sendo que a concessão e oferta de serviços não seriam dependentes preponderantemente pela necessidade. Conclui-se, que “a grande vantagem desse sistema de proteção social é a lógica da inclusão de todas as camadas da população no acesso aos direitos sociais, ocorrendo a generalização da política social” (Zimmermann & Andrade, 2008, p. 67).

Esse período é considerado a “Idade de Ouro” ou “Anos Dourados”, pois foi a época que mais o Estado passou a se preocupar com o social, (período Pós Segunda Guerra Mundial), investindo mais em políticas sociais, havendo assim, a consolidação do Estado de Bem Estar Social. Essa denominação “Anos Dourados” pode ser justificada com o grande crescimento econômico e industrial acontecido de maneira repentina naquela época.

No período denominado de “Anos Dourados” (1945-1973), a ação do Estado concedeu a ampliação e consolidação dos sistemas de proteção social denominados de *Welfare State*, através dos quais o Estado passava a redesenhar um padrão de regulação das relações sociais e de trabalho, deixando de lado a idéia já existente de que o Estado deveria preocupar-se apenas com o amparo dos mais pobres, não intervindo na vida da população.

Ao analisar a origem e desenvolvimento do *Welfare State*, percebe-se a existência de três elementos que marcam o ápice do período chamado “Idade de Ouro” das políticas sociais (quando o Estado disponibiliza mais recursos para o social, e conseqüentemente, passa a investir mais nas políticas sociais). Dessa forma, compreende-se através do pensamento de Behring & Boschetti que esses elementos são

O crescimento do orçamento em todos os países da Europa que integravam a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) [...]; o aumento da população idosa nos países capitalistas centrais e por último, o crescimento sequencial dos programas sociais no período [...] a ordem de adoção e expansão de programas sociais foi bastante similar em quase todos os países: primeiro a cobertura de acidentes de trabalho, seguida pelo seguro-doença e invalidez, pensões a idosos, seguro-desemprego e, por último auxílio maternidade (BERHING & BOSCHETTI, 2008, p.92).

A falência do modelo desse Estado de Bem Estar Social (E. B. E. S.) deu-se a partir do final dos anos 60, em consequência da incapacidade do Estado em exercer suas funções, do crescimento das dívidas públicas e privadas, da grande recessão e da alta do preço de petróleo (1973-74). Esses elementos foram sinais decisivos de que o sonho de pleno emprego e da cidadania havia estado em crise no capitalismo, e a partir daí, o Modelo Neoliberal ganha o seu espaço. O colapso mundial provocado por esses eventos teve o seu ápice com a chamada Crise do Petróleo que ocorreu na década de 70, em nível mundial, provocando uma desestruturação na economia internacional.

Porém, como forma de oporem-se ao keynesianismo, os neoliberais adotam o Neoliberalismo, uma reação que visa combater as idéias do Pacto Keynesiano, pois para eles deveria haver uma taxa natural de desemprego, já que a desigualdade social era fundamental nas relações capitalistas.

A implementação da Agenda Neoliberal em vários países da Europa e dos Estados Unidos, contribuiu para uma longa e profunda recessão, causando efeitos devastadores a nível mundial, onde se vivencia um verdadeiro desmonte no setor público, tendo como consequência a redução do papel do Estado na esfera econômica e social.

Essa Política Neoliberal tinha como principal objetivo, a idéia de Estado Mínimo, ou seja, o Estado passa cada vez mais a investir menos em políticas sociais, contribuindo desse modo, para o aumento das seqüelas nas condições de vida sócio-econômicas das sociedades capitalistas mundiais.

Esse modelo econômico adotado pelos países capitalistas objetiva a desarticulação dos sindicatos, reformas fiscais e estabilidade da moeda, passando a ser, um sistema excludente e cruel, que levou muitos países à miséria, ao desemprego estrutural, crescimento da pobreza e à estagnação econômica. Além desses efeitos, ainda desencadeou altas taxas de inflação e uma contenção significativa dos gastos sociais, priorizando as privatizações dos bens públicos, criando, portanto, um verdadeiro agravo nas condições de vida da população, pois tais medidas contribuíram para o aprofundamento das desigualdades sociais e a concentração de renda e da riqueza nas mãos dos donos do capital.

De acordo com Simões (2009, p. 279), o Neoliberalismo falha de modo irreparável, “ao maximizar o individualismo e o livre funcionamento da mão invisível do mercado”. Suas propostas estão fundamentadas na convicção de que o individualismo e as relações competitivas de mercado, com tempo suficiente, compatibilizariam os objetivos, da máxima eficiência produtiva; ampla liberdade individual; e a justiça social (distributiva). Pode-se justificar usando a explicação de Behring & Bochetti, quando expressam que

apesar da hegemonia Neoliberal na década de 1980, os países capitalistas centrais, não foram capazes de resolver a crise do Capital nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico, conforme defendia. As medidas implementadas, contudo, tiveram efeitos destrutivos para as condições de vida da classe trabalhadora, pois provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não-qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão-de-obra e redução de gastos com o social. (Behring & Boschetti, 2008, p. 127).

Assim, o Neoliberalismo, doutrina utilizada nas últimas décadas do século XX, vem implicar na diminuição ou desmonte no setor público, na negação da política social e conseqüentemente dos direitos sociais e da concepção de cidadania. Acontece nesse período, dentre outros agravos à população, as privatizações estatais, proporcionando o aumento sensível do desemprego, redução da proteção trabalhista, contribuindo, porém, para uma nova pobreza e os altos índices do crescimento desigual da sociedade.

2. PERCURSO DAS POLITICAS SOCIAIS E DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas sociais públicas resultam e são freqüentemente associadas a determinados momentos históricos de organização social e política do país. Esses fatos que marcaram época foram sem dúvidas essenciais para o delineamento da política social brasileira. De modo que falar sobre a caracterização das políticas sociais no nosso país, precisa-se primeiramente contextualizá-la levando-se em consideração as questões sócio-históricas, bem como a fundamentação de conteúdos teóricos sobre os modelos observados para a formulação das mesmas.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado [...] o final do século XX em que o Estado capitalista, passa a assumir e realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p. 64).

De acordo com a história, as intervenções do Estado na área social se dão em razão das relações sociais mais amplas que conformam o aspecto do capitalismo no país. Dessa forma, faz-se necessário fazer um paralelo para resumidamente tecer algumas considerações acerca da questão social, que assume papel de apoio central do Serviço Social, de modo que para Lamamoto (2004, p.17) “a questão social diz respeito ao conjunto multifacetado das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado”, ou seja, não se manifesta apenas por fatos de forma isolada. Ela no seu mais profundo significado, expressa as desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais. A questão social tem que ser vista sempre no contexto mais amplo, de modo a ir além da realidade apresentada.

Por essas breves considerações, de maneira resumida, enfocam-se os principais marcos da política social no Brasil, fazendo uma retrospectiva das mais importantes medidas de proteção social, desde o início do século até os dias atuais.

No Brasil, a questão social se deu no final do século XIX com a República Velha, em substituição da mão-de-obra escrava, pelo trabalho “livre”, que era composto em massa por imigrantes europeus, que vieram para o país em busca de trabalho – na cafeicultura – os quais, buscavam através de lutas do movimento operário, várias reivindicações, como por exemplo, o aumento do poder aquisitivo dos salários, redução da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil, melhores condições laborativas, de moradias, regulação do trabalho de mulheres e menores, direito às férias, reconhecimento dos sindicatos e muitas outras, já que o processo de industrialização ocorrido no final do século XIX havia causado sérios problemas à sociedade brasileira, atingindo em especial, a camada mais pobre da população que migrava da zona rural para a cidade em busca de melhores salários e melhores condições de vida e trabalho, visto que, nos principais centros urbanos começavam o desenvolvimento econômico, advindo do processo industrial que se instaurava no país.

Para Cohn (2000), nas primeiras três décadas do século XX, a questão social no país demandava iniciativas pontuais do Estado, sendo largamente amparada sob os preceitos da filantropia e da esfera privada. As décadas de 1910 e 1920 foram marcadas por intensas e profundas mudanças econômicas e sociais. O processo de urbanização estava em expansão, emergindo principalmente em São Paulo, havendo a intensificação das exportações alavancadas pelo café.

Portanto, entende-se por questão social, o conjunto de problemas econômicos, sociais e políticos surgidos após o período de industrialização capitalista, que fez surgir uma nova classe: a proletária, havendo a necessidade de se criar políticas sociais que patrocinassem as classes subalternas, que sofriam as conseqüências do crescimento desigual da sociedade, no auge da expansão capitalista.

Constata-se através de autores como Rizotti (2001), por exemplo, considerações a respeito desse intervalo de 1917-1920, no qual ocorreram as primeiras mobilizações e greves da Primeira República, com a presença de vários setores da sociedade, período que marcou o início da preocupação com a questão social, pelo fato do movimento dos trabalhadores em expansão se encontrarem em estágio bem avançado de organização, ocorrendo daí uma greve geral que reivindicava a redução de jornada de trabalho que promoveu especialmente em São Paulo, um conjunto de amplas manifestações, culminando com a deflagração do regime de trabalho com carga horária de oito horas e a regulamentação do trabalho feminino e infantil.

A primeira lei a regular o processo de acumulação do Capital, data-se de 1919, onde havia a obrigatoriedade do empregador em indenizar o operário em caso de acidente de trabalho – Lei de Acidente de Trabalho (PINSKY, 2003). Somente a partir da década de 30 com o surgimento da industrialização, os trabalhadores vão ter uma maior consciência dos seus direitos.

O nascimento da Previdência Social Brasileira ocorre a partir da iniciativa do patronato, ou seja, da necessidade dos empregadores na tentativa de contrapor à mobilização dos trabalhadores por meio de alguns benefícios (PINSKY, 2003). A primeira medida de proteção social, de caráter mais amplo foi instituída em 1923, com a concepção da Lei Eloy Chaves, marco inicial da Previdência Social no Brasil.

Através dessa lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), sendo beneficiada inicialmente, apenas uma categoria, a dos Ferroviários. Essa lei garantia a assistência médico-curativa, distribuição de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez; pensão para os dependentes em caso de falecimento, também havia o custeio das despesas funerárias. Os benefícios eram proporcionais às contribuições.

O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Eloy Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. É considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita (BRASIL, 2010a, p. 1).

Outra medida de proteção foi a criação da Lei de Férias em 1925, “onde estabelecia-se o direito aos trabalhadores urbanos a quinze dias de descanso anual remunerado e o Código de Menores em 1927, que proibia o trabalho de crianças com menos de 14 anos, e estipulava a jornada de seis horas até os dezoito anos de idade”, como define (PINSKY, 2003, p. 473). Esse código era excludente e opressor. Tratava as crianças e adolescentes como menores delinqüentes, quando esses cometiam atos infracionais.

De acordo com o supracitado autor, foi instituído em 1930, o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, que apresenta em seu esboço a duração da jornada de trabalho, regulamentação do trabalho feminino e de menores. Somente a partir de 1930 no governo de Getúlio Vargas, houve o reconhecimento pelo Estado da emergência de implementação das políticas sociais, ou seja, houve uma maior consciência do Estado diante da apreensão da pobreza enquanto expressão do fenômeno social que se alastra no país em decorrência do processo industrial.

O Governo de Vargas propõe colaboração entre as classes, e não a luta às classes. Sugere Faleiros (2000), que essa iniciativa tinha como objetivo a intenção de controlar a efervescência dos movimentos sociais dos trabalhadores, assim evitando as greves, através da Política Trabalhista com a criação da Carteira de Trabalho e a nova Lei de Sindicalização, que se transformam em fator importante para os acordos entre a classe trabalhadora e o Capital, que impulsiona também, certo controle do movimento operário. Ainda nesse mesmo governo, foram designados o Mi-

nistério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Seguro Social.

Vargas ficou conhecido como “o pai da pobreza” e foi nesse governo que o movimento operário conseguiu a Legislação Previdenciária e Trabalhista. A classe operária via nesse gesto uma atitude paternal, onde lhe era ofertada a proteção social. Nesse contexto é possível afirmar, que as políticas sociais passam a existir, com o reconhecimento da questão social.

As CAP's implementadas pela Lei Eloy Chaves, foram substituídas gradativamente a partir de 1933, transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), os quais reuniam em seis fundos específicos as contribuições previdenciárias de setores econômicos urbanos, dentre eles: os ferroviários e servidores públicos; os marítimos; os bancários; os comerciários; os industriários e os funcionários de transportes e cargas (BRASIL, 2006a).

Com a implementação dos IAP's, a participação passa a ser por categoria profissional, já que anteriormente nas CAP's, essa participação era por empresas, onde cada uma tinha a sua Caixa de Pensão.

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, começaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), regulamentadas pelo Estado em 1923. [...] as CAPS, transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS). [...] O que antes era CAP de uma determinada empresa passou a ser um Instituto de Aposentadoria e Pensão de uma determinada categoria profissional (por exemplo: IAPI, IAPETEC, IAPM etc). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho (SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007, p. 28).

Com a instalação do Estado Novo, 1937, um novo momento é delimitado para o início daquele modelo organizacional de política social no Brasil. Sendo criado o Ministério do Trabalho. Segundo Rizotti (2001), a nova Constituição de 1937 apresentava grandes retrocessos no que tange às liberdades políticas e aos direitos sociais dos cidadãos, pois após a instauração da Ditadura Vargas, tornava-se extremamente difícil a sustentação desses direitos pela via da mobilização popular. Dentre os retrocessos, pode-se registrar a limitação do direito à educação universal, a ampliação do controle estatal, sobre a educação sindical trabalhista e redefinição

das competências dos governos regionais e locais nas ações de políticas sociais, resultando em grande centralização de ações e chegando ao ponto de restar aos municípios, tão somente a administração dos cemitérios públicos.

Portanto, de acordo com a lei, nesse período, as ações das políticas sociais tinham um modo elementar, servindo principalmente de meio para controlar os movimentos sociais e de reafirmar a legislação social corporativista, fazendo com que as reivindicações dos movimentos populares fossem incorporadas e controladas em parte pelo Estado, tornando assim, uma relação clientelista entre esse governo populista e a sociedade civil organizada.

Portanto, refere Sposati (2004), que a Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942, era considerada como órgão mais sólido de assistência social do Governo Federal. Foi criada pela primeira dama Darci Vargas, inicialmente para atender às famílias dos pracinhas (soldados) que foram enviados para a Segunda Guerra. A LBA procura parceria com as escolas de formação técnica, e o Serviço Social entra como colaborador nesse processo. Como destaca Rizotti, quando diz que

Enquanto mediadora da relação entre Capital-Trabalho, se desenvolveram as iniciativas governamentais da época, com destaque a criação da LBA e do Departamento Nacional da Criança, vinculado ao Ministério da Saúde. Nos âmbitos das ações privadas a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem (SENAI) e do Serviço Social da Indústria (SESI), respectivamente, em 1942 e 1946, acentuando o caráter conservador das ações sociais da época (RIZOTTI, 2001, p.45)

Como forma de regular as necessidades individuais e coletivas de trabalho surgidas após as reivindicações da classe operária organizada, culminaram na normatização e fiscalização por parte do Judiciário. Foi sancionada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943 (PINSKY, 2003). Campana (2008, p.58) sustenta ainda que “a CLT surgiu do Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943, entrando em vigor dia 10 de novembro do mesmo ano”. Esse decreto foi aprovado por Vargas, havendo a unificação de toda a legislação trabalhista existente no país.

Nos anos da Ditadura Militar, o regime instituído (Estado Novo), procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais, na busca de uma legitimação do governo ditatorial perante a população. Porém, o período de 1945 até 1964, foi

marcado por uma paralisia no campo das ações no setor social, por conta de certa disputa na realização de alguns projetos, fazendo com que se instalassem algumas dificuldades para o desenvolvimento dessas políticas em razão de estar inseridos em um governo de regime centralizador e opressor (PINSKY, 2003).

O Período Ditatorial foi marcado por intensas transformações, onde emergiu um novo padrão de políticas sociais no país, no qual o governo praticou um modelo de gestão centralizado nos programas sociais em curso, substituindo assim, o antigo modelo fragmentado de gestão e unificando sob sua influência os recursos, serviços e benefícios setoriais. Dessa maneira, o governo militar, conseguia dar uma resposta diferenciada praticadas anteriormente.

Se, por um lado, não se tratava ainda de qualquer ampliação significativa dos direitos sociais do país, por outro, a readequação dos programas sociais existentes, possibilitava ao governo realizar um novo conjunto de ações estratégicas, que se anunciavam com o propósito de diminuir as disparidades do desenvolvimento regional brasileiro, mas que se reduziam na prática, ao direcionamento de grandes quantias financeiras, para os cofres da União, que se faziam necessárias para equilibrar o orçamento público e responder às demandas por novos investimentos sociais (RIZOTTI, 2001, p. 49).

Na Ditadura Militar, houve uma grande modificação em relação aos direitos sociais, no que se referem aos salários, condições de vida, direitos de organização e manifestação. “Não há dúvidas quanto ao retrocesso”, como assinala (Pinsky 2003, p.484), o autor também faz menção que “as centrais sindicais e as ligas camponesas foram proibidas, 87 dirigentes tiveram seus direitos políticos cassados, entre 1964 e 1966, mais de quatrocentas entidades sofreram intervenção pouco depois do golpe”.

Em 1960 houve avanços na política social brasileira, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que veio estabelecer a unificação dos benefícios do Regime Geral da Previdência Social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao Regime da CLT, como explicita Faleiros

Em 1960, houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que definia a unificação dos benefícios dos vários institutos [...] a LOPS incorporou os autônomos à previdência social e definiu um período

mínimo de contribuições de cinco anos para aos 60 anos (mulheres) e 65 anos (homens). Contemplava uma série de benefícios e serviços, inclusive o serviço social e a alimentação, e possibilitava, exceto para os ferroviários, a aposentadoria por tempo de serviço aos 55 anos (FALEIROS, 2000, p.46).

No intervalo da Ditadura Militar houve ainda alguns eventos importantes, como destaca Pinsky (2003, p. 483) que no lado social, uma das grandes conseqüências “foi a expulsão de posseiros e a substituição de foreiros, meeiros e arrendatários por diaristas ou bóias-frias”. Nesse contexto, criaram-se as Ligas Camponesas e Associação dos Trabalhadores Rurais e o Estatuto do Trabalhador Rural (1963). Essas ligas se expandiram por quase todo o país, tendo como objetivo principal, a questão da Reforma Agrária e da melhoria das condições de vida e trabalho nas áreas rurais. Para Faleiros (2000, p.46), “em 1963 foi aprovada, mais não efetivada, a previdência rural, em meio às lutas camponesas”.

O Estatuto do Trabalhador Rural estendeu a Legislação Previdenciária, Trabalhista e o direito de Sindicalização aos empregados na agricultura. No ano de 1966, foi estabelecido o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), que de acordo com Pinsky, (2003, p. 484), “substituiu a estabilidade garantida àqueles que completassem 10 anos de trabalho em determinada empresa, podendo ser sacado em caso de demissão, compra da casa própria ou para a abertura de negócio próprio”. O autor supracitado aponta na (p. 485), que no ano de 1966, referente à Previdência Social, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), “órgão que reuniu os diferentes Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP’s)”, houve a unificação da previdência, com a administração do Estado.

Na década de 70, trabalhadores rurais, autônomos e domésticos, foram finalmente incorporados à Previdência, contudo aqueles que não possuíam contrato formalizado continuavam sem nenhuma cobertura. No campo, ressurgiu a luta em prol da defesa dos trabalhadores rurais. Em 1974, os idosos pobres (com 70 anos), em situação de vulnerabilidade, obtiveram a renda mensal vitalícia, que era distribuída pela Previdência Social. Contudo, foi no decorrer dessas lutas e muitas outras, que se formaram os movimentos urbanos que tinham como objetivo de mobilizar as lutas em prol de melhorias nas condições de vida, contra a carestia e os desajustes socioeconômicos que o país atravessava, como enfatiza Pinsky

a Comissão Pastoral da Terra, criada em 1975; de 1979 a Formação do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST); o Movimento Contra os Loteamentos Clandestinos em 1972; o Movimento dos Moradores de Favelas (1979); o Movimento dos Mutuários do Banco Nacional de Habitação (BNH) - (1984); e a luta em prol da Emenda Constitucional que previa eleições Diretas para a Presidência da República (1984) (PINSKY, 2003, p.487).

A concepção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, deu-se num contexto de aguçamento de contradições do Sistema Previdenciário, cada vez mais pressionado pelo aumento, ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica, no modelo privatista e curativo vigente (BRASIL, 2010b).

Essa necessidade de conter gastos e ampliar coberturas dá origem a uma nova estratégia do Estado na busca de simultaneamente articular as ações de saúde entre si e estas com o conjunto de proteção social. No primeiro caso, através do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e no segundo, através do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que era um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas (BRASIL, 2010b). A criação do SINPAS deve-se, ao crescimento da população previdenciária, à sobrecarga de determinadas áreas de atendimento, à determinação política e expansão de serviços, com inclusão de novas categorias de segurados.

A base legal do SINPAS é fundamentada pela lei nº 6.439 de setembro de 1977. Integram o SINPAS as seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social - INPS; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA; Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor - FUNABEM; Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social - DATAPREV; Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS, na condição de órgão autônomo da estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). É criada nesse período a Central de Medicamentos – CEME (BRASIL, 1977, p. 1).

O Movimento de Reforma Sanitária foi um marco para a saúde no Brasil, um movimento centrado na participação dos profissionais de saúde, tendo a participação de outros setores vinculados e, sobretudo a incorporação da participação popu-

lar, que foi de grande relevância na construção do sistema de saúde que se tem atualmente no nosso país.

Da realização do I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em novembro de 1979, até o início das Ações Integradas de Saúde, em 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do país e configurando sua singularidade [...]Havia, na composição originária do Movimento Sanitário, três vertentes principais: o Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); os movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e os profissionais das áreas de docência e pesquisa das universidades (SCOREL, 2008, p.5).

A formação do Movimento Sanitário, como exposto acima, possuía três vertentes (profissionais de saúde, estudantes e docentes) que eram divididas da seguinte forma: a primeira diferencia-se por difundir a teoria da medicina social. A segunda constituiu a atuação política no campo concreto do mundo do trabalho. A terceira significou o marco teórico – o referencial ideológico do movimento - e nessa última vertente se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco. Sendo assim, as universidades tiveram um papel fundamental na luta pelo fortalecimento das políticas de saúde.

Na década de 80, começa grande mobilização por meio dos movimentos sociais em busca de melhorias na área da saúde, pois se vivenciava um período de efervescência da sociedade brasileira em prol de uma Reforma Sanitária, a democratização e a influência de novos atores sociais como: usuários, gestores, intelectuais do setor, sindicalistas, e em especial, os profissionais da saúde e entidades civis organizadas, fortalecendo as reivindicações a favor de uma Política Pública de Saúde de qualidade para toda a população.

A saúde também é discutida pelo povo, que elege os Conselhos Populares, outro grande marco na construção de um sistema de saúde mais igualitário e resolutivo. A população nesse momento de luta passa a ter vez e voz. A sociedade não podia mais admitir uma Política de Saúde que deixasse a saúde em segundo plano. Nesse contexto, convém destacar o conceito de conselhos setoriais

São mecanismos de deliberação pública criados no interior do Poder Executivo para a participação da sociedade civil, com a presença de representantes também de provedores de serviços privados - no caso dos sistemas nacionais de assistência social e saúde. O papel dos participantes nos conselhos é deliberar, juntamente com o poder público, sobre política de saúde, exercer controle direto e regular as ações do governo. Os conselhos setoriais foram criados também em diversas áreas, e tornaram-se parte da arquitetura institucional de importantes políticas setoriais brasileiras como educação, assistência, criança e adolescentes e saúde a partir da Constituição de 1988 (BRASIL, 2008b, p.6).

Os conselhos assumem grande importância para a efetividade de direitos sociais, na medida em que deliberam sobre as políticas públicas no âmbito social, da saúde e da educação, ou seja, transformam o orçamento em ações, instrumentos e serviços concretos para a comunidade.

A Política de Saúde na década de 80 contou com a construção do Projeto da Reforma Sanitária, onde a sociedade brasileira saía de um regime opressor, instaurado desde 1964, passava agora a vivenciar um processo de transição democrática, de grande mobilização política e social, e também de uma prolongada crise econômica, instaurada desde a Ditadura Militar. A saúde nessa década, contou com a participação de novos atores sociais, como os profissionais de saúde que defendiam o fim do corporativismo, passando a defender questões mais amplas como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público. Sendo assim, o Movimento Sanitário foi considerado um meio de difusão e ampliação dos debates em torno da saúde e da democracia.

A 8ª 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 (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único mais a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001, p.9).

O Movimento da Reforma Sanitária participou com os demais setores da sociedade brasileira, da campanha mais expressiva rumo à democracia do país, as

‘Diretas Já!’ e trabalhou na construção de um projeto voltado para a melhoria das políticas de saúde brasileira.

O “Diretas-Já” foi um movimento da sociedade civil, no final do período autoritário (governo João Figueiredo), que se inicia em 1983 e culmina em 1984 com sua derrota, após a votação da emenda que propunha eleições presidenciais diretas no Brasil. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC nº 5) ficou conhecida pelo nome de seu autor, Dante de Oliveira [...] (BRASIL, 2006b, p. 104).

No ano de 1986, começa a grande mobilização da população que queria um ‘sistema de saúde público de qualidade para todos’, com equidade e controle da sociedade, através dos Conselhos de Saúde. Foi com essa maior abertura popular que se pôde discutir sobre a problemática, que se instalou acerca do Sistema de Saúde no Brasil, que tais reivindicações culminaram na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esta, porém, foi considerada o marco histórico mais importante na trajetória das Políticas Públicas de Saúde do país, tendo como eixo, “Saúde como Direito de Cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”.

No final da década de 80, o INAMPS a partir da VIII Conferência de Saúde, direciona-se para uma cobertura mais universal dos serviços de saúde (ex.: fim da exigência de carteira do INAMPS para se ter atendimento nos hospitais conveniados da rede pública).

Enquanto os donos de hospitais enriqueciam à custa da Previdência Social, autoridades ligadas à Previdência dão a entender que o sistema previdenciário, está tecnicamente falido. Os IAP’s não dispõem mais dos recursos necessários para manter a assistência médica através do INAMPS, nem as aposentadorias e pensões, através do INPS. Medidas foram tomadas, como a diminuição dos gastos com benefícios e o aumento das contribuições (BRASIL, 2006a, Filme).

No ano de 1987, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, período de grande efervescência popular, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ainda gerido pelo INAMPS. No ano seguinte, 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde

passou a fazer parte do tripé da Seguridade Social, que consiste em: Previdência, Saúde e Assistência Social (BRASIL, 2010b).

O Sistema Único de Saúde (SUS), definido no artigo 196 da Constituição Federal, afirma que a Saúde é um “direito de todos e dever do Estado” de acordo com Brasil (1990a, p.1), sendo, portanto, concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelos três níveis de gestão: União, Estado e Município, tanto da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. Embora seja um sistema de saúde público, não impede a parceria com hospitais e entidades de iniciativa privada, sendo que estes devem subordinar-se às normas do Conselho Nacional de Saúde.

A partir dessa nova compreensão, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), o melhor e mais completo sistema de saúde do mundo, que, ainda hoje está em construção. Recebe o nome de sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sendo gerido pelas três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal.

Os princípios que organizam o SUS são respectivamente: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Destaca-se, o Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...] (BRASIL, 2003, p. 25).

A nova constituição, ainda traz em seu conteúdo a declaração: à saúde como universal, não condicionada à contribuição. É o que diz o artigo 196 a 200 da Constituição e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS). Conforme, destaca-se o artigo 196, da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2003, p. 20).

A Lei 8.080, regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito Público ou Privado. Em seu artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 2003, p.22).

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Além disso, instituem as Conferências e Conselhos de Saúde, sua estrutura e funcionamento. Como se configura no seu artigo 1º: [...] contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b, p.1).

Essa lei é muito importante, pois nela é demarcada a participação popular na gestão do SUS. E se configura como uma ferramenta significativa para a qualidade e efetividade do controle social.

A Política de Saúde, resultante do processo “constituente”, está garantida constitucionalmente desde 1988, e respaldada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece tudo que faz parte da saúde, regulariza a Vigilância Sanitária e Terapêutica Integral, ou seja, regula os princípios e objetivos e ações de saúde em todo o Território Nacional. Preconiza as suas diretrizes: a descentralização, atendimento integral, universalização dos serviços, a participação e controle social (Lei 8.142/90).

Embora a Constituição de 1988, estabeleça para o SUS um arcabouço jurídico e administrativo que engloba as três esferas de governo, a adesão ao SUS não se deu na velocidade que era esperada.

A Lei 8.142/90 rege a participação dos segmentos sociais da Gestão do SUS, organizadas nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de go-

verno e estabelece critérios de repasse dos recursos financeiros para a efetivação do SUS (BRASIL, 1990b).

Na década de 90, o Brasil vivencia o redirecionamento do Estado, influenciado pela Política Neoliberal. Apesar da Constituição de 1988 trazer grandes avanços no texto que fala sobre a saúde, houve um forte embate por parte do Capital, e um retrocesso dos direitos sociais, no que se refere à Previdência Social e às regras de regulamentação das relações de trabalho (BRAVO, 2001).

O que se observa ao longo desses quase vinte e dois anos de direito à saúde, através do Sistema Único de Saúde efetivado de fato a partir das Leis 8.080 / 8.142 de 1990, e de outras que constituem o arcabouço legal do SUS, é que na sua teoria se revela como um sistema de saúde que beira a perfeição, considerado o melhor e mais completo do mundo, mas que na prática, funciona bem diferente, com bastante precariedade e falta de vontade política de muitos gestores públicos, e pouco compromisso com a prestação de serviços e ações de saúde de qualidade. Não é tão universal como deveria, enfim, não há uma preocupação em fazer cumprir os princípios e diretrizes, pelos quais o Sistema de Saúde brasileiro foi regulamentado na Constituição Federal de 1988.

Apesar do SUS ter alcançado grandes conquistas, a sociedade brasileira continua sofrendo com a falta de saúde e com as dificuldades no atendimento e serviços públicos, apesar de estar garantida em lei, a saúde, como prega o atual sistema (SUS) - aonde diz que toda a população brasileira deve ter acesso ao atendimento público de saúde - ainda é uma "utopia". Portanto, é preciso vontade política, grande capacidade de gestão na tentativa de organizar um sistema de saúde mais resolutivo e qualificado. Acima de tudo, uma organização maior da sociedade civil, na tentativa de melhorar cada vez mais a implementação de um SUS de qualidade, dando ênfase às necessidades de saúde da população e à busca pela equidade social, permitindo assim, que o planejamento de ações e a qualidade de serviços, sejam um caminho para a que a saúde oferecida e recebida, seja realmente a concretização de um sistema de saúde cada vez melhor. A melhoria e o progresso do SUS é uma responsabilidade conjunta, depende de todos os atores envolvidos. É preciso fortalecer o controle e a participação social.

2.1. DESCREVENDO OS AVANÇOS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde como um direito não é um objeto de estudo recente no Brasil, haja vista a presença histórica de atores sociais como o Movimento Sanitário Brasileiro e o campo da Saúde Coletiva, que viabilizaram a constituição de sujeitos ao longo de três décadas, cuja ação configurou no campo da saúde uma prática social com plena expressividade das suas dimensões técnicas, políticas e ideológicas, ao ritmo do processo de democratização da sociedade brasileira.

Após a criação do SUS, algumas estratégias foram formuladas no sentido de colocá-lo em prática. Como exemplos citam-se a criação dos Distritos Sanitários, dos Sistemas Locais de Saúde e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta última foi uma das principais, senão a mais importante das estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde, e surgiu com o princípio de ser o elo de ligação entre a população e as unidades de saúde, promovendo o acesso aos serviços; identificando mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco; estimulando a educação da comunidade e a prevenção às doenças e tentando despertar a sua participação social; auxiliando a equipe de saúde no controle de doenças endêmicas, como também atuando juntos aos serviços de saúde na promoção e proteção à saúde da população.

O Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS nasce da crise estrutural do setor saúde no país, vivenciada pela população brasileira que por muitas décadas, percebe o distanciamento entre seus direitos garantidos em leis (CF/88, 8.080/90 e 8.142/90) e a capacidade efetiva do Estado em ofertar as ações e serviços públicos de saúde, o mais perto possível dos territórios sócio-sanitários dos indivíduos, famílias e comunidades.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério de Saúde, foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre a população e os serviços de saúde (ESPÍNOLA & COSTA, 2006, p. 45).

A partir da criação do PACS houve a redução de alguns indicadores de morbimortalidade, além da melhora referente à prestação de serviços. Dentre os indicadores, cita-se a redução da mortalidade infantil, o aumento ao acesso da população às unidades, o incremento da cobertura vacinal das crianças, o maior incentivo ao alei-

tamento materno, a redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal.

No contexto de atenção à saúde, a família passa a ser o objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive chamado de espaço/domicílio. Assim o contexto de espaço geográfico assume papel imprescindível do conhecimento e delimitações do território locorregionais, que ganham cada vez mais espaço.

É importante enfatizar que o caráter de objeto de atuação não significa uma retificação da família, pelo contrário, essa passa a ser o foco de ação da política de saúde. A família traz consigo a dimensão mais presente do contexto social e histórico, onde o indivíduo no contexto de sua integração à família e à comunidade, pode dessa forma, assumir a posição efetiva de sujeito participante do processo. Mais do que uma delimitação de lugares geográficos, esse espaço deve ser entendido como espaço-âncora, ou seja, onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, onde se dá a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1998).

Conforme o exposto acima, atualmente não se pode comentar sobre saúde sem relacionar essa, à família. Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma estratégia potencialmente transformadora, pautada no conceito de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas determinadas socialmente, coerentes com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme os princípios orientadores da Constituição Federal Brasileira de 1988. O modelo da ESF se direciona para a promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças.

Entende-se a ESF como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais, estando inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde, fundamentando-se em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado de pobre para pobre.

A ESF também não recorta a população em fatias como, por exemplo, tratar a população-comunidade por programas individuais de atenção. Não apenas com a finalidade de cumprir com assistência básica à saúde. É um serviço centrado no coletivo, sendo a “porta de entrada” para os outros níveis de atenção. Prima pela inte-

gralidade, que nesse contexto, significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial. Nessa conjuntura, destaca-se, segundo à reflexão de Campos et. al.(2002) citado por Sousa e Harmann (2009) que

O Programa Saúde da Família - PSF no Brasil, ainda que baseado nas idéias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde aceitas internacionalmente, é original e inédito em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países. Diferentemente da medicina familiar vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania, o PSF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como processo básico para a integralidade do cuidado na atenção primária à saúde. (SOUSA & HAMANN, 2009, p. 1329).

Diante dessa perspectiva, é essencial apoderar-se do conceito de Atenção Primária à Saúde – APS, que pode ser conceituada como atenção de saúde essencial. É de acesso universal para indivíduos e famílias na comunidade. APS é o foco central do Sistema de Saúde. É o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando-se o máximo possível do local onde vivem e trabalham os indivíduos, constituindo assim, como o primeiro elemento de continuidade do processo de atenção à saúde. A definição mais conhecida no meio científico, em relação à atenção primária é a de Bárbara Starfield, que é citada por diversas publicações do Ministério da Saúde, como destacamos

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004, p. 315).

Essas estratégias de atenção (PACS-ESF) são operacionalizadas por meio de modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais, que segundo Paim (2002), são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde, sejam eles individuais e/ou coletivos em determinados territórios-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e a participação dos usuários de serviços de saúde.

A interpretação da atenção básica à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde é entendida como forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção básica à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde os quais são estruturados por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada através da APS, que presta assistência de maneira contínua a uma população definida quanto a lugar, tempo, qualidade e custo certo, e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essas pessoas. (BERNARDES, PEREIRA & SOUZA, 2008, p. 48).

Dessa forma, são definidos os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2010b). Esse primeiro contato representa a “porta de entrada” no Sistema de Saúde e é caracterizado pelo acolhimento e pelo fortalecimento dos vínculos profissional – usuário – comunidade.

O Programa de Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança, passando a ser vista como um novo modelo de atenção a saúde no SUS (SOUSA, 2008b). Nesse enfoque, passa a levar a atenção à saúde para dentro das comunidades. Na verdade, assume um caráter transformador, delineada em um potente instrumento de uma política de universalização da cobertura da Atenção Básica, e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível primário. Fica aqui explicado o porquê da mudança do nome Programa Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF), já que a mesma não é um Programa, que remete a idéia de uma ação programada, ou seja, que tenha início, meio e fim. Mais sim, uma estratégia flexível e contínua.

Os sujeitos responsáveis pela gerência nacional no ministério da saúde, pelas gerências estaduais e coordenações municipais, se explicavam: o PSF não é um programa, entretanto usar esta expressão foi necessário porque deixou a marca do nome dando-lhe visibilidade política, ampliando o espaço para o diálogo com a cultura institucional e facilitou a popularidade nos meios de comunicação. Todavia, os profissionais que gerenciavam o PSF nos diferentes níveis de governo, pensavam e agiam como uma estratégia capaz de contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde no país (SOUSA, 2007, p.88).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), não é centrada na figura do médico, no modelo curativo, nem na tríade hospital, medicamento e equipamento. Muito embora, esses sejam essenciais no processo sistêmico a uma boa prática da medicina contínua, resolutive e de qualidade. São preceitos essenciais da ESF: atuar com base nos princípios de territorialização, pois essa é a chave desse tipo de atenção, conhecer e saber identificar os riscos a qual a população possa a vir estar exposta, a humanização, o acolhimento, a vinculação com a comunidade, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade (o controle social).

2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

De acordo com o Ministério da Saúde, art. 1ª da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, o NASF é compreendido como uma relevante estratégia de ampliação na abrangência e na diversidade das ações das Estratégias Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a visão fragmentada no cuidado da saúde. O mesmo é constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas, que procuram partilhar desses saberes e práticas no cotidiano dos serviços de cada território de sua abrangência (BRASIL, 2009). Sendo assim, é um mecanismo de apoio a inserção das ESF's na rede de serviços de saúde, garantindo a continuada e integralidade da atenção, com o propósito de zelar pela saúde. É entendido como um espaço significativo de ampliação e abrangência das ações da saúde da família.

No sentido de ampliar e melhorar a qualidade dos serviços e na tentativa de reduzir os agravos em saúde, foi implementado o NASF, uma política ainda recente, que está se consolidando aos poucos no cenário da Atenção Primária, que funciona prioritariamente como suporte às ações da ESF e outros setores públicos de forma a integrar uma rede articulada, priorizando a integralidade na atenção em saúde. Entende-se, que o NASF tem como objetivo, fomentar espaços de reflexão, inclusão, viabilizando o trabalho compartilhado entre os atores envolvidos no processo saúde-doença, devendo buscar superar a lógica fragmentada, pontual e imediatista da saúde, para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF.

Nessa perspectiva, o mesmo não se constitui no primeiro acesso ao sistema, de forma que sua atuação seja integrada à rede de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com os profissionais das ESF's. Pelo contrário, ele visa uma atuação abrangente onde possa agir de forma coletiva com vistas a interagir nas diferentes políticas sociais, de modo que promova a participação dos usuários nas ações ofertadas pelo serviço, colaborando com a qualidade da atenção e na tentativa de reduzir os agravos em saúde.

Entre as ações desempenhadas pela equipe do NASF em conjunto com o ESF pode-se citar, por exemplo: "Práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas". Segundo a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, a equipe deve atuar dentro de uma carga horária de 40 horas semanais, para que haja um trabalho integrado com a ESF.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, nº 27, p. 20, existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por equipe de no mínimo cinco profissionais de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médicos das seguintes especialidades: Ginecologista, Homeopata, Acupunturista, Pediatra e Psiquiatra) devendo os mesmos estarem vinculados a um total de 08 a 20 Equipes de Saúde da Família.

O NASF da modalidade 2 deverá ser formado por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família. É proibido a implantação das duas modalidades de forma coincidentes nos Municípios e no Distrito Federal (BRASIL, 2008a, 2009). De acordo com o artigo 10 da Portaria GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, o repasse financeiro é segundo a sua categoria (NASF modalidade 1 ou 2).

Compete aos gestores municipais a responsabilidade de composição da equipe de profissionais do NASF, de acordo com as necessidades e disponibilidades locais. O NASF está dividido em nove áreas estratégicas, que compreendem atividades diversas, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; atenção à alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; adulto; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2009).

Portanto, em conformidade com a portaria ministerial de nº 154 de 24 de janeiro de 2008 - Brasil (2009, p.20), se destaca que a organização do processo de trabalho dos NASF's, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturada, priorizando as seguintes diretrizes: como o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos profissionais envolvidos; intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de ESF; ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de ESF e outros setores.

É necessário justificar que as desigualdades sociais presentes na realidade do nosso país devem ser consideradas, bem como a ausência de informação acerca dos direitos pela população usuária, cabendo, portanto ao profissional do Serviço Social a promoção da cidadania e estratégias que produzam, reproduzam e reforcem as redes de suporte social, para que dessa maneira, seja realizada uma intervenção de qualidade, sobretudo no setor saúde. O assistente social deve conhecer o seu território e outras redes sociais, para um melhor desempenho de ações interseoriais, visando a realização efetiva do cuidado com o usuário.

Por essa razão, deve o profissional de Serviço Social está se qualificando e propondo continuamente estratégias usando como foco os organismos sociais públicos, de forma a efetivar os direitos sociais. A inserção do Serviço Social no NASF, busca prestar um atendimento às famílias viabilizando o acesso destas outros setores sociais.

De acordo com as Diretrizes do NASF, publicadas pelo Ministério da Saúde, Brasil (2009, p. 101), cabe ao profissional assistente social, as seguintes atribuições de apoio às equipes ESF's, dentre elas, destacam-se as principais: estimular e acompanhar os trabalhos em comunidade juntamente com as equipes; discutir, refletir permanentemente a realidade social dos territórios de maneira conjunta e compartilhar com os profissionais os valores culturais das famílias e comunidades, dessa maneira desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; atender as famílias de forma integral; discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde, especialmente o estímulo à prática do controle social, em conjunto com as ESF;

Destaca-se ainda que a mobilização social e política como forma de orientar e enfrentar as questões de violência, abuso sexual e a drogadição, são imprescindíveis para a promoção do usuário como sujeito de direito. O Serviço Social pode participar na elaboração, acompanhamento e acolhimentos nas Unidades Básicas de Saúde, gestão dos programas de saúde nas demandas e serviços, colaborando ainda mais para a qualidade do serviço.

Frente a esse contexto, conclui-se que a Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica, promoveu avanços de grande relevância no que diz respeito a promoção, prevenção, recuperação e proteção à saúde da população. Destaca-se que esse núcleo de apoio, dá ênfase também à reabilitação de usuários em todos os seus ciclos vitais.

Contudo, salienta-se que a efetividade do NASF, pode ser comprometida pela má qualidade de gestão, pela centralização das ações, pela oferta de serviços compartimentalizados, ações focadas de forma individual e emergencial. Destaca-se também a falta de planejamento, avaliação e a ausência de um serviço intersetorial, que promova o coletivo. Outro agravante é a falta de estrutura física, a precariedade de materiais e insumos, que prejudica substancialmente o trabalho dos profissionais do Serviço Social e de toda equipe como um todo. Faz-se necessário a prática de uma política pública, que atenda as necessidades macroeconômicas do indivíduo e/ou coletividade, na tentativa de romper com o exercício de ações de natureza compensatória e residual.

CAPÍTULO II - A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

1.HISTÓRICO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O Serviço Social surgiu na década de 30, com o processo de industrialização processo que causou graves impactos à sociedade brasileira, e com isso acarretou para os grandes centros urbanos transformações, principalmente, para as camadas menos favorecidas da população, quando essa migrava do campo para as cidades em busca de melhores condições de vida. Contudo, esse processo migratório em busca de meios de sobrevivência, acarreta sérios problemas de infra-estrutura e conseqüentemente, o acréscimo dos conflitos nas relações de trabalho, devido à exploração da classe operária, o aumento do desemprego, cuja complexidade exige um novo posicionamento e uma nova organização das práticas do Serviço Social, que eram realizadas de forma assistencialista.

Surgiu, porém nessa década, a primeira Escola de Serviço Social, (1936), com “princípios messiânicos”, com firme propósito de salvar e servir ao outro, sob a influência da Ação Católica e da Escola Franco-Belga. Mais adiante, a influência Norte americana, faz o serviço social, aproximar-se de outras ciências humanas, como Psicologia, Sociologia, Antropologia e outras, que trazem os pressupostos da Teoria Funcionalista”, a qual acreditava que quando desenvolviam as suas capacidades individuais e culturais, as pessoas podem ser integradas, ajustadas ao contexto social”, como aponta (CARDOSO, 2008, p. 15)

Essa fala nos faz compreender a visão e a atuação dos profissionais da época, onde o indivíduo era quem deveria ajustar-se ao sistema e não, o contrário. Dessa maneira, o sujeito era visto como disfuncional.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma grande transformação política e econômica em todo o mundo, contribuindo assim, para que os Estados Unidos se tornasse uma hegemonia e passasse então a exportar seu modelo americano de “fazer serviço social” para outros países, através dos ensinamentos de Mary Richi-

mond, com o Serviço Social de caso, grupo e comunidade (SILVA, 2004). Nesse momento, o Serviço Social se organiza e se estrutura em favor do Capital, que tinha como objetivo exercer o controle sobre as famílias da classe trabalhadora brasileira.

De acordo com Cardoso (2008), suas práticas e instrumentalidades eram regidas pela Teoria Funcionalista, e ficavam a serviço da identificação das famílias que sofriam algum tipo de desajuste familiar ou social, ou seja, o assistente social deveria trabalhar os operários no intuito de alcançar uma estabilidade social. Essa fase foi marcada pela individualização extrema do Serviço Social, e sua prática foi bastante alterada, centrada nas coletas meticulosas de dados, enfatizando o aconselhamento e a orientação como metodologia de trabalho.

A postura fragmentada da prática do assistente social perdurou por muitos anos, quando os profissionais eram vistos apenas como “executores” preocupados com o “como fazer”, ou seja, a formulação das práticas sociais eram elaboradas por outras categorias profissionais. Aos assistentes sociais cabia apenas executar tarefas que lhe eram determinadas, sendo assim, essa categoria apenas dava cumprimento às ações. As atuações focalistas visavam não à transformação social, mais obter resultados imediatos individuais, desconectados com a realidade social do sujeito.

Sendo assim, o Serviço Social surge na história como uma profissão fundamentalmente interventiva, focalizada, assistencialista e altamente imediatista. Atualmente como afirma Sousa (2008a), tem por objetivo produzir e provocar mudanças no cotidiano da vida social das populações que necessitam dos seus serviços.

Somente a partir do Movimento de Reconceituação (1960), tentativa de ruptura com o Serviço Social tradicional (prática que não tinha fundamento crítico) na perspectiva de um Serviço Social comprometido com os interesses das classes subalternas, na perspectiva da transformação da sociedade é que a categoria passa a trabalhar numa leitura da realidade social, ou seja, ver a realidade social com criticidade. Nessa época teoria e prática eram eventos dissociados.

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, com toda a diversidade que lhe foi próprio, criticou duramente essa divisão, e proporcionou um aprofundamento teórico-metodológico (principalmente a partir do diálogo com

a Tradição Marxista e, sobretudo, com a obra Marxiana) que possibilitou à profissão romper com esse caráter meramente executivo e conquistar novas funções e atribuições no mercado de trabalho, sobretudo do ponto de vista do planejamento e administração das políticas sociais (SOUSA, 2008a, p.121).

Usando o discurso de Cardoso (2008, p.16) “Em 1960, o Serviço Social, mais uma vez recebe novas influências, dessa vez, da Revolução Cubana que introduz o pensamento Marxista e a Dialética”. A categoria passa nesse momento a ter uma nova visão sobre a prática do Serviço Social, que até então era conservadora, não existindo uma ligação da teoria com a prática. Após esse período, os profissionais adotam um olhar crítico, questionador a respeito do contexto no qual está inserido o usuário, pois já não era mais possível uma prática voltada somente para atender ao interesse do sistema vigente. Houve, porém, uma necessidade urgente da classe atuar com uma prática mais reflexiva e interpretativa da realidade social.

As transformações sócio-políticas e econômicas na América Latina fizeram com que o Serviço Social questionasse sua prática funcionalista e integradora, onde trabalha na perspectiva disfuncional do sujeito, onde o objeto de intervenção era o indivíduo isolado, fora do seu contexto familiar e social. A profissão trabalhava para que o indivíduo fosse funcional ao sistema, pois nessa perspectiva, ele era quem deveria ajustar-se à ordem social imposta pelo capitalismo.

A década de 1980 foi um momento de grande mobilização e efervescência popular em busca de direitos sociais e de uma melhor condição de vida para a população, fazendo com que a sociedade brasileira passasse a reivindicar uma nova constituição mais democrática, mais justa, com participação popular nas decisões do país. Com isso, o Serviço Social reformula a sua prática e passa a se engajar nos movimentos sociais e a defender os direitos da classe operária, havendo uma preocupação com a conscientização política e social com o propósito de eliminar as formas de opressão e alienação, e aumentar a conscientização através de ações transformadoras, como defende o novo Código de Ética Profissional.

Somente após o Código de Ética de 1986, o Serviço Social rompe definitivamente com o conservadorismo, havendo a vinculação do mesmo com a classe trabalhadora, favorecendo a cultura ideológica dos movimentos sociais e da redemo-

cratização do país. Essas mudanças contribuíram de forma bastante efetiva na formação e na intervenção dos profissionais. Esse foi um código marcado pela ideologia e grande euforia de mudanças conjunturais e isso fez, com que o mesmo se tornasse ineficiente, chegando a ser frustrante, já que os assistentes sociais tinham a ilusão de poder salvar o mundo

No plano da reflexão e da normatização ética, o Código de Ética Profissional de 1986 foi marcado por conquistas e ganhos, inclusive pela negação da base filosófica tradicional, essencialmente conservadora, que norteava a "ética da neutralidade", e afirmação de um novo perfil do técnico, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente (BRASIL, 1997, p. 14).

A grande conquista desse código volta-se para a defesa da classe trabalhadora, pois, visava dar uma atenção total à população subalterna, às lutas dos trabalhadores em defesa dos seus direitos, visto que essa postura profissional tinha o respaldo jurídico.

A partir de então, o perfil das práticas do Serviço Social se modifica saindo das ações de voluntariado, assistencialistas, para práticas compromissadas com as diversas formas de inclusão social, de defesa da democracia, cidadania e dos segmentos mais subalternizados social e politicamente.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, muda a trajetória histórica do Serviço Social que se reestrutura adquirindo novos conceitos e nova atuação perante a sociedade, passando a reivindicar da cidadania, buscando a priorização dos instrumentais que potencializavam práticas de cunho coletivo, visando a participação da população na definição das necessidades econômicas e sociais.

Nos anos 90, especificamente com a vigência do novo Código de Ética Profissional, a categoria adquiriu um novo perfil e novas experiências que se referem ao compromisso ético-político e da avaliação da qualidade dos serviços prestados à população usuária. Havendo significativo processo de renovação da profissão inclusive em seus pressupostos históricos, teóricos-metodológicos e políticos, inscritos na Lei de Regulamentação da Profissão, interferindo assim na sua instrumentalidade cotidiana com os usuários, que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direitos.

Apesar dos avanços instituídos na Lei que regulamenta a profissão na década de 90, em decorrência do Modelo Neoliberal implementado no Brasil, algumas áreas e setores do trabalho dos assistentes sociais foram duramente afetados, devido altos índices de desemprego e novos modelos reorganizacionais e estruturais, causando a precariedade e a desregulamentação dos vínculos trabalhistas, aumentando os riscos de perda salarial dos trabalhadores assim como, os seus direitos sociais, reduzindo ainda mais as responsabilidades do Estado sobre a Seguridade Social e os demais Direitos Sociais da população previstos na Constituição Federal de 1988 (porém não efetivados), fazendo com que essa década fosse contraditória no trato das refrações da questão social.

Porém, em virtude das mudanças no mundo do trabalho, tanto no modelo de produção como na gestão de mão-de-obra, na contemporaneidade, alteraram-se significativamente os processos de trabalho do profissional de serviço social, dele se exigindo um perfil mais qualificado, habilidades e competências como domínio da informática, idiomas, carteira de habilitação, ferramentas da qualidade, polivalência, trabalho em equipe, além das competências específicas da profissão, postas na lei de Regulamentação da Profissão, conforme designadas, nas Diretrizes Curriculares e no Código de Ética Profissional (HOFMANN, 2007, p. 53).

Nas duas últimas décadas, com todos os avanços e mudanças no cenário político e social, o Serviço Social como profissão, concretizou novas conquistas para a profissão, rompendo com as fundamentações tradicionais e conservadoras.

Um dos maiores desafios, ao profissional de Serviço Social, o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano. Para tanto se exige hoje um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (IAMAMOTO, 2001, p113).

O profissional passou, portanto, a ampliar o seu pensamento ideológico, tornando-se mais crítico e comprometido no atendimento às verdadeiras necessidades

sociais da coletividade e não apenas em acolher aos anseios da política econômica vigente.

Considerando-se que o campo de atuação da categoria se dá principalmente no âmbito das relações sociais, exige-se que a sua intervenção vá além das rotinas institucionais e burocráticas, ou seja, deixe de ser um agente operativo, focado no - como fazer- buscando a partir da dinâmica da transformação da realidade social, detectar tendências e possibilidades de produzir serviços sociais que atendam as necessidades da população, propondo políticas sociais públicas que possam diminuir as desigualdades sociais e promover justiça social aos seus usuários. Para tanto, é necessário uma atuação comprometida com as reais transformações sociais. Como apontamos o que está definido pelo Conselho Federal de Serviço Social citado por Sousa “São competências do assistente social: Art. 4º - II: elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam no âmbito do Serviço Social, com participação da sociedade civil” (CFESS, 2002 *apud* SOUSA, 2008a, p. 121).

A partir do trabalho e de suas ações do profissional incide nas condições materiais e sociais dos trabalhadores, cuja sobrevivência depende do trabalho. A ação profissional do assistente social tem um efeito no processo de produção e reprodução da força de trabalho através da prestação de serviços sociais em diversas áreas, tais como saúde, habitação, educação entre outras (Iamamoto *apud* Dal Prá, 2003). Dessa maneira, a ação do assistente social, essencialmente, se caracteriza por produzir o social, pois é um profissional que influencia o campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana e social dos sujeitos, objetivando uma nova consciência de classe com incentivo às reivindicações, participação e organização popular.

O Serviço Social é uma profissão que luta pela defesa dos interesses da população trabalhadora, nos seus mais diferentes espaços sociocupacionais, na constante busca por uma sociedade com menos exclusão social, mais igualitária, democrática, respeitando as diferenças culturais dos sujeitos envolvidos, eliminando toda e qualquer forma de preconceito, buscando assim, construir e reconstruir as relações sociais, mediante as ações que desenvolve nas formulações de políticas públi-

cas sociais de acordo com as contradições e possibilidades contidas na atual dinâmica da sociedade com todas as peculiaridades que lhe são próprias.

Assim, a base legal do exercício profissional do assistente social sofreu diversas modificações ao longo do tempo, a mais expressiva foi a reformulação do Código de Ética que rege a profissão, em 1993, reformulação essa que trazia para a massa popular vários desafios, fazendo com que o assistente social enfrentasse novas questões e que passasse a se posicionar a favor da classe trabalhadora.

O código é a expressão de resposta à ofensiva Neoliberal. Nele há a vinculação de um projeto político mais amplo que perpassa por todo o decorrer da profissão. Reafirma os princípios da liberdade e da justiça social, enquanto valores centrais, tomando a democracia como valor ético-político, a fim de garantir o exercício pleno da cidadania. Introduce a dimensão do “deve ser”, rompendo com o “como fazer” e com a visão endógena (IAMAMOTO, 2001).

A partir daí, presta serviços ao usuário e a sociedade, como também introduz a concepção de autonomia, através do compromisso profissional. Assim, pode-se dizer que o Código de Ética do Serviço Social de 1993 é uma expressão do projeto profissional do assistente social, ou seja, de toda a categoria que conduziu a consolidação profissional do Serviço Social, se concretizando em conquistas teóricas e práticas que se revelaram de forma distintas no universo profissional. Dessa forma, o trabalho do assistente social é orientado por um projeto ético-político explicitado em documentos como: Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº. 8662/93) (BRASIL, 1997)

Diante dessa nova conjuntura, o Serviço Social assume a liberdade como valor central, rompendo com o conservadorismo e elegendo como princípios a democracia, direitos humanos, a cidadania, a equidade e a justiça social, a eliminação do preconceito, o pluralismo (considera diferentes credos) e a opção por um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem dominação de classe, etnia e gênero, articulando-se com os movimentos e categorias profissionais na luta dos trabalhadores (BRASIL, 1997).

O Serviço Social atua também na criação de consensos buscando soluções para as lutas e interesses das classes menos favorecidas, fortalecendo assim as

vias de participação dos usuários tanto na gestão como no controle social da prestação de serviços à comunidade. Nesse sentido, o assistente social atua nos mais diversos setores das políticas sociais como por exemplo, nas áreas de saúde, assistência social, educação, segurança, proteção social e outros, podendo contribuir com os demais protagonistas na criação de uma contra-hegemonia no cenário da realidade social, buscando caminhos para garantia de direitos sociais aos usuários dos serviços.

1.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

As propostas de mudanças a respeito das reformas do Estado, a partir da década de 1980, vão repercutir decisivamente na Política de Saúde e no Serviço Social, pois se observa uma postura de mudanças, não só no Brasil, como também em vários países, principalmente no que se refere à reformulação dos Sistemas de Proteção Social, bem enfatizado na Constituição Federal de 1988, porém, não concretizados em sua essência.

O Movimento Sanitarista, construído desde os meados dos anos 70, conseguiu avançar com propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo privatista. No Brasil, o início da década de 80 foi marcado por transformações políticas e sociais, através dos movimentos populares, por conta do aprofundamento da crise econômica que vinha desencadeando-se desde a Ditadura Militar. Porém, nesse movimento tão importante no setor da saúde coletiva e também para o Serviço Social, objetivou-se a amplitude no debate teórico, incorporado outras temáticas como o Estado, as políticas sociais e o Movimento de Reforma Sanitária que foi de acordo com o Pesquisador Sergio Arouca:

[...] conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (BRASIL, 2006b, p.41).

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, fato esse, considerado como um marco na história da trajetória da Saúde Pública no Brasil. O relatório produzido nessa conferência, serviu posteriormente de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária no processo constituinte e na elaboração da Constituição Federal de 1988. Ainda sobre o Movimento Reformista, destaca-se:

Esse movimento que vinha “ganhando corações e mentes”, na verdade, consolidava-se como movimento sanitário, com forte conotação de democracia participativa, resistência contra o arbítrio e luta pela redemocratização, aglutinando num projeto comum, as diversas vertentes que lhe deram origem e norteavam suas iniciativas (BRASIL, 2006b, p.58).

Diante desse momento de decadência na saúde e do movimento de quebra com o modelo de saúde vigente e construção da Reforma Sanitária, o Serviço Social recebe influência direta desse contexto histórico. Em contrapartida, a categoria dos assistentes sociais estava atravessando um processo de revisão, onde ocorre a ruptura com o tradicionalismo.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil, por ter sido um movimento internalizado, não houve a expansão do mesmo com os debates daqueles que defendiam a Reforma Sanitária, ou seja, não houve um elo de ligação entre eles. Não é possível falar do Serviço Social sem antes referenciar-se à década de 80, já que heranças dessa época são fundamentais para a profissão de hoje, pois, esse é o marco representativo da maturidade da profissão, tanto na academia, como nas entidades representativas da mesma, chamado de intenção de ruptura, relacionada com a Teoria Marxista (BRAVO & MATOS, 2004).

Os autores ainda contextualizam que a quebra com o tradicionalismo existente nesse período, era resultado da preocupação com a teoria dentro das universidades, contudo, pouco se intervinha na prática propriamente dita. Tal atitude gerou repercussões, especialmente na área de saúde, um dos maiores campos de absorção do trabalho do assistente social. Nesse contexto é importante destacar que

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados

nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO & MATOS, 2004, p. 8-9).

Nessa conjuntura, quando o Serviço Social posiciona - se em favor e na esfera da equidade e da justiça social, tendo na liberdade o valor ético central e assumindo todas as conotações, além de defender os princípios e práticas democráticas, havia a necessidade de ampliar e concretizar as bases de legitimidade profissional, junto à população o que implica segundo Netto (1999), redimensionar o ensino com vistas à formação de um profissional capaz de responder com eficácia e competência às demandas tradicionais e às demandas emergentes na sociedade brasileira, visando assim, a construção de um novo perfil profissional.

Esse rumo ético-político requer um profissional informado, culto, crítico e competente. Exige romper com teorismo estéril, quanto com o pragmatismo, aprisionados no fazer pelo fazer, em alvos e interesses imediatos. Demanda competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e as estratégias de ação para enfrentá-las (IAMA-MOTO, 2001, p. 79-80).

O Movimento Sanitário deu o ponta pé inicial para a criação de políticas públicas de saúde que conceberam o SUS. Essas ações também influenciaram no que diz respeito à justiça social, democracia, igualdade, defesa dos direitos humanos, consolidação da cidadania entre outros.

[...] a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, do direito à saúde em si, de forma universal e integral, implica uma visão de totalidade do sistema, principalmente, mas não só, dos profissionais da área. As ações e serviços de saúde não podem ser vistas de forma isolada; prevêm intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação, ou seja, que efetivem o canal de referência e contra-referência para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população (DAL PRÁ, 2003, p. 3).

Essa visão desenvolvida do Sistema de Saúde por parte dos profissionais, torna-se importante e imprescindível, principalmente, a partir da consolidação do conceito de saúde estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, onde passam a ser decisivos elementos sociais do processo saúde/doença: as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras áreas da vida social.

Nesse sentido, o assistente social inserido na área da saúde, vem a colaborar na direção da efetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que lutem e busquem pela sua transformação por meio da autonomia. Os profissionais devem de maneira incansável promover o acesso à saúde como direito universal, igualitário e equânime.

Este trabalho, no entanto, exige do assistente social a capacidade de captar o que há de social, relacionando a questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, [...] mínimos para a sobrevivência”, explicitando que a ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequada, cultura e lazer no cotidiano significam ausência de saúde (VASCONCELOS, 2002 *apud* DAL PRÁ, 2003, p. 3).

A educação, o aperfeiçoamento e a capacitação em saúde são essenciais para o fortalecimento das práticas sociais e conseqüentemente as de saúde. Portanto, compete ao Serviço Social na área da saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando ao paciente/usuário o acesso ao serviço público, mediadas pelo direito à oferta de ações que a própria população muitas vezes desconhece, por exemplo, o acesso ao saneamento, às condições de trabalho e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2002 *apud* BRAVO & MATOS, 2004).

O trabalho do assistente social na área da saúde deve ser voltado a atender aos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), já que os mesmos devem entrelaçar-se aos Projetos da Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social, sendo que somente a partir desses dois projetos, é que se pode identificar quando o profissional está realmente dando respostas de maneira eficaz e positiva às necessidades apontadas pelos usuários.

De acordo com a compreensão de Bravo (2004), é também de fundamental importância que o profissional do Serviço Social tente construir e/ou efetivar em conjunto com outros trabalhadores no setor saúde e setores afins, a garantia do espaço nas instituições, para que haja a participação popular nas decisões a serem tomadas. Buscar a assessoria técnica e a sistematização do trabalho a ser desenvolvido, devendo estar atento para a possibilidade de investigação sobre os serviços relacionados à saúde e sua relação com o Serviço Social. Outras alternativas para a ação profissional referem-se à assessoria e ao trabalho dos assistentes sociais nas instâncias da participação social.

O construir do saber em saúde, requer práticas que visem a ampliação do conhecimento por meio de alternativas contínuas e dinâmicas, que possam sempre estar associadas ao contexto da realidade social de maneira que se efetive a prática do “fazer em saúde”, onde é imprescindível a troca de saberes entre equipe multiprofissional e comunidade.

2. INSTRUMENTALIDADE NO CONTEXTO DO NASF – INSTRUMENTOS DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

As discussões acerca da instrumentalidade no Serviço Social tiveram maior repercussão a partir da década de 80. Pois, nesse período houve o amadurecimento intelectual da profissão e o acentuado aumento das produções acadêmicas, que se tornaram cada vez mais necessárias para o fortalecimento de uma postura crítica dos profissionais, rompendo com o tradicionalismo, objetivando novos e melhores rumos para a classe.

O Movimento de Reconceituação se adequou ao amadurecimento teórico-metodológico, a partir da aproximação com a Teoria Marxista, conforme explana Sousa (2008a), quando destaca que esse acontecimento permitiu à profissão a ruptura do caráter genuinamente executor e conquistar novas funções e atribuições no novo mercado de trabalho que passava por reivindicações na forma de atuação do assistente social, sobretudo no que se refere ao planejamento e administração das políticas sociais, fazendo com que essa divisão entre teoria e prática fosse ultrapas-

sada, dando lugar a uma nova conjuntura do Serviço Social. Antes, o assistente social só cumpria as tarefas. Hoje com novo enfoque da categoria, o profissional tem a oportunidade de planejar as políticas sociais para poder desenvolver as suas ações.

A nova visão alcançada a partir desse contexto de transformações onde o perfil traçado a partir dessas reformulações, redireciona as discussões em torno da relação estabelecida entre a teoria e a prática, ou seja, o saber e o fazer, assegurando novos espaços para a análise das políticas sociais, dos movimentos populares, havendo a busca da reflexão sobre os aparatos técnicos (instrumentos) de atuação do assistente social.

A discussão envolvendo a instrumentalidade do Serviço Social acontece ao longo da história, a partir do momento em que o Serviço Social se forma como profissão, para atender aos interesses dos setores dominantes da sociedade, ou seja, o Estado e empresariado com vistas a atender a uma necessidade de intervenção de modo contínuo e sistemático nas seqüelas da “questão social”, sobretudo, atuando via as políticas sociais (SOUSA, 2008a).

Como forma de responder à questão social, de acordo com Guerra (2000), o Estado passa a desenvolver um conjunto de práticas, demandando ramos de especialização e instituições que lhe sirvam de instrumento para o alcance dos fins econômicos e políticos que representa, em conjunturas sócio-históricas variadas. Como a autora confirma, quando diz que:

[...] podemos afirmar que a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas a uma determinada capacidade ou propriedade constituída da profissão social, construída e reconstruída no processo sócio-histórico (GUERRA, 2000,p.12).

Nessa perspectiva, entende-se que a instrumentalidade não deve ser vista como algo pronto, mas como uma capacidade alcançável pela profissão dentro da sociedade. Haja vista que não existe uma receita fixa para a atuação profissional. Compreende-se que é através dos instrumentais que se coloca em prática os objetivos profissionais, de forma que ao fazer uso desses meios, esse possa estar desenvolvendo ações com a finalidade que possam somar mudanças para as classes que demandam dos serviços e acesso aos serviços públicos de qualidade. No entanto,

não são os instrumentos, mas a capacidade que se tem de trabalhar esses instrumentais que fará o diferencial no processo de intervenção do Serviço Social, que deverá ser capaz de adaptar um determinado instrumental às necessidades que precisa responder no seu cotidiano.

Destaca-se que a capacidade do profissional vai além de ser executor de tarefas, incluindo a competência de atuar em vários espaços sociocupacionais. O trabalho do assistente social deve ser realizado sob a perspectiva da totalidade, não tendo como foco apenas o indivíduo, mas como este se insere na sociedade, buscando formas de intervenção para sua auto-promoção.

Diante do exposto, a instrumentalidade, elemento fundamental no processo de formação e intervenção profissional, faz-se necessário identificar e analisar de um modo específico, os instrumentais utilizados pelo assistente social, com o objetivo de correlacionar a intervenção desse profissional inserido no contexto do NASF, de acordo com o que determina o Código de Ética, bem como, as Políticas de Atenção Básica.

O assistente social lida com a realidade de indivíduos que por sua vez estão inseridos em uma comunidade, que tem uma história, uma cultura, um contexto sócio-político-econômico. São esses vieses que exigem do profissional uma capacidade crítica, criativa e reflexiva, para agir de acordo com a realidade que lhe é apresentada. É para isso que existem os instrumentos, que são fundamentais para alcançar os objetivos da ação/da atuação profissional.

Para a construção de estratégias de ação são necessárias a disponibilidade de recursos, o poder, a organização, a informação e a comunicação, para o enfrentamento pelo sujeito da ação profissional, das questões relacionais. A luta está centrada na capacidade de fortalecer os sujeitos sociais, por meio do seu empoderamento enquanto cidadãos, desenvolvimento da sua auto-estima, valorização das condições singulares de sobrevivência individual e coletiva, de modo a capacitá-lo para construção e projeção de sua existência social.

A disposição de estratégias de ação resultará no método de trabalho empregado pelo assistente social, modificando uma realidade, transformando o sujeito em ator e autor de sua história. Essa prática profissional é a verdadeira legitimação da

profissão. Yolanda Guerra descreve de maneira ampla, embasando de forma significativa a representatividade da instrumentalidade para o Serviço Social

Reconhecer a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa e a instrumentalidade como uma particularidade e como tal, campo de mediações que porta a capacidade tanto de articular estas dimensões quanto de ser o conduto pelo qual as mesmas traduzem-se em respostas profissionais (GUERRA, 2000, p.12).

Desse modo, compete aos profissionais uma constante e permanente formação técnica, capaz de garantir o aprimoramento de competência técnico operativo e intelectual, consolidando o compromisso político com a classe trabalhadora/comunidade. De modo a revelar novos sentidos e produzir novas perguntas sobre o processo de trabalho ou as requisições das questões sociais.

[...] muitas vezes o assistente social assume as determinações, objetivos e práticas do setor e/ou da instituição em que atua, como se fossem atribuições profissionais específicas, o que pode limitar as demandas profissionais às exigências do mercado de trabalho. Isso impede a emancipação social e humana, que é a direção proposta pelo projeto ético-político profissional do Serviço Social. Neste âmbito, a competência profissional fica restrita ao atendimento das demandas institucionais, e a intervenção profissional se identifica à adoção de procedimentos formais, legais e burocráticos (GUERRA, 2000, p 12).

Especialmente, no trabalho em equipe, pode ocorrer a falta de comprometimento por parte de outros integrantes da equipe, tornando assim o serviço de alguns profissionais, sobrecarregado. Na sociedade de hoje, é exigida do assistente social a competência de acompanhar a dinamicidade da realidade em que atua, buscando dar respostas às contradições dessa sociedade, sempre desvelando o que está posto no real aparente, levando em consideração processo histórico e contextual de superação do imediatismo, já que o trabalho na Atenção Primária, modelo no qual o NASF está contido, é por excelência uma assistência que será construída articuladamente entre os sujeitos envolvidos (profissionais – comunidade). Contudo, os resultados mais expressivos serão observados a longo prazo, não de forma imediata.

Perante tudo que foi exposto, identificam-se os seguintes instrumentais de intervenção do assistente social no NASF: Visita Social: Domiciliar/Institucional; Laudo Social; Parecer Social; Entrevista Social: individual e grupal; Relatório Social; Observação Social: Palestras e Reuniões; Encaminhamentos e Orientações, Diário de Campo e Seminários. Ao longo desse capítulo, iremos descrever cada um desses instrumentos de trabalho desse profissional.

2.1 Visita Social: Domiciliar e Institucional

Esse instrumento é muito utilizado dentro do Serviço Social e destaca-se também a sua grande prevalência no que diz respeito aos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária em Saúde. Para o NASF é de grande valia, já que esse serviço está ligado diretamente ao atendimento às necessidades dos usuários.

Atualmente, a utilização da visita domiciliar como instrumento de trabalho do Serviço Social, embora seja realizada em alguns serviços, por profissionais de outras áreas, é uma prática comum por exemplo das equipes de ESF. O assistente social tem a partir de seu projeto ético-político profissional, uma nova dimensão, mais ampliada, participativa e crítica.

Para Mioto (2001), a Visita Domiciliar é um dos instrumentos que potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos, no seu ambiente de convivência familiar e comunitária. As Visitas Domiciliares têm como objetivo conhecer as condições tais como: (tipo de residência, bairro, condições de risco social, vulnerabilidades, entre outras informações) em que vivem tais sujeitos e atingindo aspectos sociais das suas relações diárias. É muito utilizada quando o profissional necessita obter dados da família.

Entretanto, ela só se realizará efetivamente quando o profissional a entende como necessária e cabível para a situação social em que se está intervindo, requerendo disponibilidade e capacidades específicas do mesmo. Pois, de nada adianta aplicabilidade de um instrumento se o mesmo não atende as exigências da realidade em questão e nem vai de encontro às habilidades do profissional ao fazê-la, como prática da sua atuação.

Já a Visita Institucional, pode ter um caráter voluntário do profissional, ou seja, o mesmo pode ter a iniciativa de fazer a visita a uma instituição seja ela privada ou pública por conta própria, ou então, através de um mandado expedido por força judicial, onde, deslocando-se até uma instituição por meio da observação, coleta de dados, entrevistas, análises de documentos, ele possa conhecer a realidade de atendimento e prestação de serviços a um dado segmento da população-alvo de uma política pública, como por exemplo: idoso, criança, adolescente, pessoas em conflito com a lei, portadores de deficiência, desprovidos de renda, entre outros segmentos da sociedade.

De acordo com Pereira, Pollis & Rocha (2008), levantar elementos da realidade institucional, do ponto de vista do Serviço Social, tem como finalidade o subsídio financeiro para algumas ações, para apuração de irregularidades em instituições que atendem aos segmentos da população cujos direitos são defendidos pela Promotoria de Justiça, se for o caso, verificar se o atendimento prestado pela instituição à população estão em conformidade com o que prevê a lei. Esse instrumental é muito utilizado em Direito, apurando e levantando elementos da realidade que possibilitem ao Ministério Público a realização de análises e avaliações quanti-qualitativas do trabalho realizado pelas instituições públicas e/ou privadas.

No contexto da assistência social, as visitas sejam elas individual ou institucional, objetiva conhecer e compreender as mudanças na dinâmica interna de determinadas famílias, comunidades ou instituições, bem como para avaliar os serviços prestados por esses órgãos aos seus usuários. Esse instrumental é imprescindível para dar foco às intervenções que deverão ser implementadas, seja por esse profissional isoladamente ou em equipe.

2.2 Laudo Social

Os Laudos são instrumentos utilizados para emissão de um parecer. Tem caráter conclusivo a cerca de um tema ou fato, instrumento muito utilizado na área jurídica, segundo o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, (2008), temos

[...] no meio judiciário é utilizado como mais um elemento de “prova”, tem por finalidade dar suporte a decisão judicial, a partir de uma determinada área do conhecimento, no caso, o Serviço Social. Ele, na maioria das vezes, contribui para a formação de um juízo por parte do magistrado, isto é, para que ele tenha elementos que possibilitem o exercício da faculdade de julgar (CFESS, 2008, p. 46).

Sendo um elemento de prova, conforme Magalhães (2003) o Laudo Social é o texto final de análises e avaliações feitas durante o estudo, produto do trabalho desenvolvido por esse profissional. É um instrumento que documenta as ações de maneira clara e objetiva. Por essa razão, não pode ser um apanhado de informações, ou uma longa história com detalhes que fogem aos objetivos da avaliação. Como o assistente social lida com a linguagem manifesta e com histórias de vida, com elementos da realidade, nada mais natural que registrá-las no laudo. Prudência, no entanto, para não fazer da descrição pura e simples a essência do trabalho, pois este não deve se ater apenas à coleta de dados, mas à intervenção e à avaliação cuidadosa do caso - comumente problemático.

Esse instrumento precisa situar e analisar as relações sociais num determinado contexto sócio-cultural e econômico, para que as particularidades do segmento de classe envolvido, possam ser melhor entendidas. As relações sociais são, portanto, o ponto chave para a diagnóstico e avaliação social e devem estar explícitas nos autos processuais, quando for o caso, pois esse instrumental é bastante utilizado no meio da jurisprudência, para dar visibilidade ao trabalho de outros profissionais e assim fundamentar os seus pareceres quando necessário.

No âmbito do NASF, esse elemento pode ser utilizado como forma de implementar uma assistência, voltada para atender às reivindicações da comunidade ou de maneira individual, como por exemplo, em uma situação de risco social, ou mesmo em casos que envolvam o poder judiciário.

2.3 Parecer Social

Um Parecer Social é uma avaliação teórica e técnica realizada pelo assistente social baseado nos dados coletados durante o estudo e procedendo à luz de um referencial teórico, expõe sua opinião de modo que possa dar-se a solução do confli-

to, que gerou tal estudo. Mais do que uma simples organização de informações sob forma de relatório, compete ao assistente social avaliar essas informações, emitir uma opinião sobre elas. Opinião essa que deve estar fundamentada, com base em uma perspectiva teórica de análise.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2008), esse instrumental diz respeito a esclarecimentos e análises com base em conhecimento específico do Serviço Social, a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas. Trata-se, portanto, de uma manifestação sucinta, onde, objetivamente enfoca-se a questão ou situação social analisada e os objetivos do trabalho solicitado e apresentado. A análise da situação é devidamente fundamentada, de forma a atender os princípios éticos, teóricos e técnicos inerentes ao Serviço Social. Dessa maneira, possui um caráter conclusivo ou indicativo.

2.4 Entrevista Social: Individual e Grupal

A Entrevista é entendida como uma técnica fundamental para obter informações a respeito das partes envolvidas no processo, existindo uma relação de confiança entre as partes envolvidas, é de caráter confidencial. Esse instrumento pode-se por assim dizer, que é a base da prática do assistente social, pois o profissional utiliza-se do diálogo como fonte de trabalho, de intervenção, de avaliação e de pesquisa. A entrevista constitui-se em instrumento de trabalho do assistente social pelas requisições e atribuições assumidas desde os primórdios da profissão, como refere (LEWGOY & SILVEIRA, 2007).

Acompanhando essa linha de pensamento, a Entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos. A entrevista funciona como o primeiro contato entre o profissional (entrevistador) e usuário (entrevistado).

Na tentativa de nos aprofundarmos ainda mais no conceito de Entrevista a definimos como “um momento épico, único e especial, de encontro entre sujeitos, no qual se faz presente o embate democrático e saudável de idéias, trajetórias e singularidades” (Medina, 2004 *apud* Lewgoy e Silveira, 2007, p 235).

Destaca-se que no NASF, a entrevista focaliza a aproximação com a comunidade na tentativa de conhecer a realidade e a partir dela, poder traçar estratégias capazes de minimizar os agravos/riscos sociais.

O assistente social na sua prática corriqueira, utiliza-se da entrevista como um instrumento chave, uns dos mais utilizados, para a realização de seus objetivos. É um método de comunicação direta entre o assistente social e o usuário (entrevista individual), ou mais de um (entrevista grupal). Contudo, o que diferencia a entrevista de um diálogo no dia a dia, é por esse instrumento ser um canal comum de comunicação e o fato de existir um entrevistador e um entrevistado. Isto é, o assistente social ocupa um papel distinto – e, sob determinado ponto de vista, desigual – do papel do usuário, já que, no momento da entrevista, o assistente social está representando um profissional, que está na condição de mediador, de entrevistador.

Na entrevista, o profissional além de está ouvindo às respostas e os questionamentos do entrevistado, também deverá atentar para observar o que não está aparente, ou seja, o que está implícito. Na perspectiva de Cruz Neto, 2004, citado por Sousa 2008b, p. 126, “Observar é muito mais do que ver ou olhar. Observar é estar atento, é direcionar o olhar, é saber para onde se olha”. Para tanto, os objetivo da observação é a utilização dos sentidos, na tentativa de captar a realidade, ou seja, a visão, o tato, o olfato são empregado no sentido de auxiliar os profissionais em suas tarefas.

Como tudo vai depender da consecução dos objetivos do usuário e do profissional, esse processo de mediação não é uma regra, depende do empoderamento que é estabelecido entre os atores participantes do processo. Nesse caso, o assistente social, configura um papel de ator hierarquicamente superior, como confirma o autor Costa (2008), o momento da entrevista é um espaço onde o usuário pode expressar suas idéias, vontades, necessidades, ou seja, que ele pode ser ouvido. Sendo assim, o canal comunicativo entre entrevistando e entrevistador tem que promover um feedback bidirecional, respeitando a ética, visando alicerçar todo o processo interventivo.

2.5 Relatório Social

Entende-se por esse instrumento, uma apresentação do trabalho realizado, sendo a consolidação das informações colhidas durante a execução de uma ação ou atividade, com a inclusão de todas as intervenções realizadas pelo assistente social. É a partir daí que se dá a sistematização da prática do assistente social. Convém ressaltar que muitos profissionais na sua prática não costumam registrar as suas ações e os assistentes sociais recebem críticas no que se refere à anotação sistemática dos dados para a construção dos seus relatos a respeito das suas intervenções com os usuários.

De acordo com Cardoso (2008), esse instrumental serve para registrar o que se observa e o que é coletado de informações durante a conversa profissional com o usuário, ou com outros sujeitos que se tem contato. Está diretamente ligado à observação, já que para relatar algo, é necessário primeiramente observar se são essas informações que darão qualidade a tudo que for relatado.

A autora afirma ainda que, algumas das finalidades da elaboração de um relatório são: avaliar a aplicação dos princípios e técnicas do Serviço Social, como instrumento de pesquisa das intervenções sociais; fortalecimento da aprendizagem profissional (já que esse instrumental pode ser usado em ensino e na pesquisa); entender a profundidade das relações sociais e permitir desenvolver a intervenção social a partir da minuciosa análise dos dados obtidos.

No contexto do NASF, o Relatório Social assume um papel de destaque, já que é também por meio desse processo que se faz registros importantes referentes à realidade social de um indivíduo, de uma situação ou de uma comunidade.

2.6 Observação Social

A Observação Participante é utilizada para perceber, tomar conhecimento da realidade apresentada pelo usuário, podendo ser utilizada nas entrevistas, no atendimento social às famílias em situação de risco, conflito e outros. Possibilita um fluxo entre o ajustamento da teoria com a prática. Quando se fala em Observação, exige

um momento de reflexão, de ampliar o campo visual para todas as questões inerentes ao contexto ou realidade social ao que se deseja observar (vivenciar).

Observar não é simplesmente olhar, observar é destacar um conjunto, objetos, pessoas, animais, ambientes, algo especificamente, (então quando você olha, você vai destacar alguma coisa específica daquilo que você está olhando) e prestar atenção nas características, a gente vai olhar a cor, tamanho, relações, cheiros (TRIVIÑOS, 1987 *apud* CARDOSO, 2008, p.26).

Para Cardoso (2008), a intervenção social, através da Observação, nada mais é, do que um resgate de direitos, de serviços assistenciais, que visam incluir, proporcionar estímulos à autonomia, emancipação e exercício da cidadania dos sujeitos.

No Serviço Social no NASF, o instrumento de Observação Social é importante para que o profissional possa imprimir uma ação sócioassistencial mais próxima da realidade social expressa pelo usuário e pela comunidade, para que a partir daí, ele possa dá continuidade às suas intervenções.

A observação permitirá muitas vezes a decodificação de uma mensagem, de um gesto, do silêncio, da pausa. Os questionamentos devem levar em consideração a relevância e a validade da questão; a especificidade e a clareza. Todas essas habilidades se entrecruzam a respeito dos sujeitos como requisito a um dos princípios do Código de Ética Profissional (1993), que se refere à não-discriminação de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física (LEWGOY & SILVEIRA, 2007, p. 237) .

A Observação também é importante para o profissional embasar o seu atendimento na tentativa de identificar por meio desse instrumental, tudo que não é exteriorizado pelo usuário, prestando assim, um serviço mais qualificado e que atenda às necessidades do mesmo. Na atenção primária, especialmente, a Observação é imprescindível para articular o trabalho de equipe. No NASF, esse instrumental possui um grande respaldo, pois permite a articulação do trabalho em equipe e uma maior reflexão em relação ao contexto do trabalho em saúde, e a mediação de conflitos, sejam eles referentes à própria equipe ou em relação ao usuário-comunidade.

2.7 Reuniões e Palestras

No Serviço Social, sua utilização é voltada para atender as necessidades dos indivíduos e grupos no que se refere às desigualdades e os conflitos sociais. As Reuniões são espaços coletivos de construção, reconstrução e de desconstrução mútua, aonde cada ator envolvido tem a sua história, os seus valores, a sua bagagem cultural, sendo esses elementos, os estruturantes das bases metodológicas da profissão.

De acordo com Sousa (2008a), as Reuniões são encontros grupais, que têm como objetivo estabelecer uma espécie de reflexão sobre determinado tema. Mas, sobretudo, uma reunião tem como objetivo a tomada de uma decisão sobre algum assunto.

Dentro do contexto do NASF, as Reuniões também se configuram como uma alternativa de planejamento das intervenções a serem realizadas, seja individualmente ou em coletividade. Esse instrumento está presente nas relações multiprofissionais: profissionais - profissionais (no contexto do NASF e ESF), profissional-usuário e usuário-comunidade. As reuniões podem ocorrer com diferentes sujeitos e serem realizadas junto à população usuária ou junto à equipe de profissionais que trabalham na instituição.

Enfim, ela se realiza em todo espaço em que se pretende que uma determinada decisão não seja tomada individualmente, mas coletivamente. Contemplam desde aquelas da equipe técnica para estudo ou avaliação do trabalho realizado, até reuniões com grupos focais, tais como: grupos terapêuticos (diabéticos, hipertensos, entre outros), grupos de pais, de mulheres, familiares.

Essa postura já indica que ao coletivizar a decisão, essas reuniões devem ser realizadas escolhendo-se um coordenador (líder), que conduzirá a reunião para que a mesma se coloque em uma posição democrática. O espaço de tomada de decisões é um espaço essencialmente político, pois diferentes interesses estão em confronto. Saber reconhecê-los e como se relacionar com eles, requer uma competência teórica e política, a fim que a reunião possa alcançar o objetivo de tomada de decisão, para envolvimento de todos os seus participantes.

As Palestras possuem um respaldo relevante no que se refere ao trabalho em saúde, pois viabilizam um canal de comunicação positivo entre os profissionais e os usuários, além de serem uma expressiva alternativa de por em prática a educação em saúde.

Esse instrumento pode se processar de diversas formas, como por exemplo, de metodologias a serem aplicadas para a realização de reuniões e palestras pode-se citar: rodas de conversas, grupos terapêuticos (ex: grupos de gestantes, drogaditos, idosos, adolescentes, entre outros); oficinas, seminários, dinâmicas de grupo, dentre outros inúmeros elementos, que podem ser utilizados para a viabilização desses instrumentais.

Para atender às exigências do processo de descentralização e de democratização dos serviços prestados pelo SUS, constatamos que nas unidades de atenção básica, mais que nos centro clínicos e ambulatorios especializados, o trabalho de educação em saúde tende cada vez mais a assumir uma perspectiva coletiva, através da realização de eventos como oficinas, palestras, debates, cursos, seminários, campanhas e/ou semanas de prevenção (COSTA, 1998, p.27).

Entende-se que o NASF é um espaço onde a educação em saúde assume grande parte das atribuições dos profissionais no que se refere ao assistente social, pois destaca ser esse, um profissional que possui entre as suas inúmeras responsabilidades, a elaboração, convocação e execução de atividades lúdico-educativas, dentre elas, as Palestras.

Conforme Costa (1998), embora a realização dessa atividade seja multidisciplinar, a participação dos demais profissionais se dá de forma esporádica, já que muitas vezes as palestras são de temas onde se exige certa especificidade (especialidade no assunto abordado). Sendo assim, a maior parcela do trabalho é conferida como de responsabilidade dos assistentes sociais, visto que na prática, passa a ser de sua competência a mobilização da comunidade, a definição dos temas, as formas de organização dos eventos (seminário, curso, palestra etc.) e o agendamento e divulgação da programação desse tipo de atividade.

A participação popular na perspectiva ético-política defendida pelo Serviço Social, significa criar estratégias que viabilizem a mobilização de elementos da comunidade para fortalecimento das ações do profissional.

2.8 Diário de Campo

O Diário de Campo é um instrumento fundamental no sentido de constar pressupostos teóricos e procedimentos metodológicos. Ferramenta constituída por notas, lembretes, idéias, experiências. Como o próprio nome denota, é um local específico onde o profissional tem a oportunidade de fazer o registro de todas as informações que ele considere pertinente.

Em conformidade com a definição de Lewgoy & Arruda apud Lima et. al. (2007), é, sobretudo, analítico, reflexivo e descritivo. Importante fonte de construção e reconstrução do conhecimento que permite a organização de dados de forma que possam ser consultados posteriormente.

Esse instrumental permite ao assistente social que, através da sistematização da intervenção se desenvolvem os processos investigativos sobre a realidade social. São marcos orientadores para as ações profissionais articuladas em diferentes processos de intervenção, como ao mesmo tempo na articulação entre as diversas técnicas, já que ele pode ser útil na elaboração de outros instrumentais, tais como, Laudos e Pareceres Sociais. Para tanto, destaca-se a sua importância nas análises ou diagnósticos sobre a realidade social e as demandas da população atendida. Permite ainda, o exercício da reflexão e do agir, por meio dos seus registros que podem ser quantitativos ou qualitativos, podem agrupar números, tabelas, gráficos, idéias, pensamentos ou relatos.

Dessa maneira, a documentação pode ser considerada como um elemento essencial da ação profissional, uma vez que ela lhe dá condição de confirmar a realização da ação, atingida de diferentes formas, ou seja, em fichas, prontuários, relatórios de atendimentos (individuais, familiares ou de reuniões, seminários, encontros e assembléias) realizados em hospitais, instituições, em domicílios, dentre outros espaços. O Diário de Campo pode ser construído com a união de outros instrumentos do Serviço Social.

O diário consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma “reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios”. É um documento que

apresenta tanto um “caráter descritivo-analítico”, como também um caráter “investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas”, ou seja, consiste em “uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos” (LEWGOY & ARRUDA, 2004 *apud* LIMA et. al., 2007, p. 95).

Dentro do contexto do NASF, o Diário de Campo assume papel importante, pois funciona como um instrumento capaz de gerar um ótimo potencial de intervenção social, flexível, que tenha forte influência crítica e resolutiva, já que o assistente social tem a possibilidade de fazer os seus registros, interpretá-los, corrigi-los, avaliá-los. E por meio dessa avaliação, adequá-los a realidade social dos usuários.

2.9 Encaminhamentos e Orientações

Os Encaminhamentos são efetuados quando a família e/ou um de seus membros precisam de um atendimento que não exista no espaço do Serviço Social. Realizar o encaminhamento do problema, de um usuário ou de uma solicitação, é ter a oportunidade de aplicar uma ou mais medidas de proteção que atuem diretamente nos focos desencadeadores da ameaça ou violação dos direitos de um sujeito ou de uma comunidade.

É bastante comum a prática do Serviço Social se apropriar desses instrumentos como forma de buscar resolver questões pertinentes à atenção à criança ou do adolescente, mulheres, usuários em situações de vulnerabilidade, dentre outras. Onde se caracterize a insuficiência, negligência ou negação de direitos ou políticas sociais. Devendo, assim o assistente social fazer o uso do Encaminhamento como meio de enviar ou conduzir o usuário a outros serviços sempre que necessário para requisitar dos serviços públicos, através das redes sociais existentes nas mais diferentes áreas setoriais, como por exemplo: Saúde, Educação, Serviço Social, Previdência, Trabalho e Segurança.

Para encaminhar e operacionalizar esse trabalho, numa perspectiva mais coletiva, o assistente social, além de dispor de normas e portarias, necessita tomar conhecimento da legislação social existente, de que é exemplo a LOAS, LOS, ECA, Código de Defesa do Consumidor, CLT, Legislação Previdenciária etc., e estar atento às mudanças na dinâmica do atendimento, seja em nível da unidade em que trabalha e/ou da rede de saúde, seja nas

demais instituições para as quais rotineiramente, faz encaminhamentos, com o objetivo de facilitar/assegurar o atendimento aos usuários (COSTA, 1998, p.26).

Os Encaminhamentos são viabilizados por meio da aplicação de outros instrumentos, como por exemplo: entrevistas, parecer social, laudo social, observação participante, dentre outros. Vai depender do contexto da ação e do objetivo à qual se propõe. São realizados através de formulários próprios de encaminhamentos.

Dentro da conjuntura do NASF, esse instrumento merece destaque, já que se processa por meio de encaminhamentos oriundos da ESF. Salienta-se que o NASF, só atende mediante esses encaminhamentos, salvo casos que necessitem de uma intervenção imediata.

Intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias. Devem ser lembradas ainda as diversas modalidades de intervenção no território, por exemplo, no desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos. Todas são tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores interessados (BRASIL, 2009, p.8).

A prática profissional de Serviço Social ao recorrer à técnica de Orientação Social, não se restringe ao sentido aparente e imediatista das informações, nem tão pouco, apontar em opinar, julgar ou agir contra as decisões do usuário, mas sim, assumir uma postura crítica reflexivo-pedagógica que propicia uma tomada de consciência, não somente do fato em si, mas dos fatores que contribuíram para que isso viesse a ocorrer e, das conseqüências que ele poderá trazer. Orientar é buscar através do diálogo, da comunicação, a mudança de comportamento, visando assim a melhoria na qualidade de vida do usuário.

A comunicação é elemento-chave para uma orientação adequada. barreiras físicas e linguísticas podem influenciar na compreensão das informações. Assim, o domínio de técnicas de comunicação, um ambiente adequado, bem como a utilização de materiais de apoio – informação escrita ou áudio visual (BRASIL, 2009, p.92).

Os profissionais do NASF realizam também em sua atenção com os usuários, as práticas continuadas das Orientações pertinentes a cada um dos tipos de intervenções, nos mais diversos contextos de ações e objetivos, seja na educação em saúde (ofertada para a comunidade/grupos ou usuários), na educação permanente (para a equipe multiprofissional), seja em atividades relacionadas a cada classe que compõe o NASF. A Orientação atravessa todos os momentos de cuidados, de reabilitação e de atendimento individual e coletivo e também na formação da própria equipe multiprofissional.

Esse instrumento de trabalho comum em diversos campos de conhecimento, não apenas em saúde, pode e deve ser também articulado e abrangente, desenvolvendo-se junto às equipes de SF, em ações integradas em escolas, creches, igrejas, associações e outros ambientes, bem como nas Visitas Domiciliares. É um instrumental que fará parte de toda e qualquer assistência na área de saúde coletiva ou individual, pois, sua pluralidade só vem fortalecer as ações em benefício da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde na comunidade.

CAPÍTULO III – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa primeiramente se caracterizou como análise bibliográfica para um maior aprofundamento e uma melhor compreensão sobre o contexto abordado.

Perante a natureza do estudo, optou-se pelos moldes da pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, essa que incidiu na construção do projeto de pesquisa e de todos os métodos indispensáveis para organizar a entrada no desenvolvimento dessa pesquisa, dessa maneira tornando mais organizado e fácil o aprofundamento e entendimento sobre o assunto a ser explicado.

Na compreensão de Minayo, Deslandes & Gomes (2007, p.14), “a metodologia é um caminho e um instrumento de abordagem da realidade”, dessa forma a inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e a potencialidade de criação do pesquisador. Portanto, a escolha da metodologia leva em consideração a natureza do problema estudado. Já a pesquisa descritiva pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, quando estabelece relações entre variáveis: estudo descritivo e correlacional, quando tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade.

Ainda de acordo com os autores, as pesquisas exploratórias permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema; o pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimentos para em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou do tipo experimental.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com realidades que não podem ser quantificáveis. Assim sendo, lida com o universo de significados, motivos, crenças e valores capazes de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000).

2. Contexto do Campo de Estudo

O local para a realização da pesquisa foi município de Juazeiro do Norte, localizado ao sul e no interior do estado do Ceará, na Região do Cariri, a 600 km da capital do estado, Fortaleza. Sua área é de 248,558 km², a uma altitude média de 350 metros.

O campo de estudo escolhido para a coleta dos dados foram as Unidades Básicas de Saúde, onde os núcleos de apoio à saúde da família estão inseridos, no referido município, que conta atualmente com três equipes do NASF em funcionamento atuando na atenção básica. A coleta de dados para obtenção dos resultados da pesquisa foi no decorrer do mês de Maio de 2010. Realizada com assistentes sociais, que fazem parte do quadro funcional efetivo da Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte-CE, profissionais estes, que prestam serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde desse município.

3. População da Pesquisa

Na cidade de Juazeiro do Norte – CE, existem sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, mais estão em pleno funcionamento, com equipes completas, incluindo o profissional assistente social, apenas três equipes. Portanto, esse estudo foi realizado somente com uma amostra de três sujeitos, fato que se justifica pelos critérios de inclusão descritos a seguir.

Os sujeitos da pesquisa - **o universo**- desse estudo foram as assistentes sociais, lotadas na Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte-CE, foram agrupados de acordo com seguintes critérios de inclusão: serem pertencentes ao quadro permanente de funcionários, cumprir carga horária de 40 horas semanais, estar em pleno exercício funcional, desempenhando as suas atividades no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, e os critérios de exclusão foram: estar fora do perfil delimitado pelo estudo e não possuir vínculo formal junto ao serviço público municipal.

4. Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

A pesquisa teve como instrumento de coleta de dados entrevista semi-estruturada, composta de perguntas objetivas e subjetivas, que foi entregue a cada sujeito do estudo e posteriormente analisadas. A entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas onde o informante tem a possibilidade de decorrer sobre o tema proposto (BONI & QUARESMA, 2005). Os atores da pesquisa foram informados da realização e importância do estudo e concordaram em assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, onde se tornavam sabedores das condições da pesquisa, objetivo do estudo e o respeito ao seu absoluto anonimato.

A entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos. Os dados objetivos podem ser obtidos também através de fontes secundárias tais como: censos, estatísticas, etc. Já os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da entrevista, pois que, eles se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (BONI & QUARESMA, 2005, p. 72).

A entrevista possibilitou a obtenção dos dados relativos à instrumentalidade no contexto do NASF, a aplicação do mesmo objetivo, portanto, o conhecimento dos dados pessoais, neles compreendia-se itens, como: profissão, tempo de exercício profissional, instituição empregadora, carga horária de trabalho, e especialmente os instrumentais utilizados na prática do profissional na assistência social, os mais utilizados, os principais obstáculos, que serão mais detalhadas no decorrer desse capítulo aos quais onde será abordado na discussão dos dados desse estudo descritivo e exploratório.

5. Análise dos Dados

No aspecto da apuração das informações foi utilizada a análise das falas dos sujeitos. Os resultados obtidos foram submetidos a uma análise de conteúdo no

sentido de poder identificar, dentro do discurso, subsídios que permitissem a consecução das metas desse estudo.

A análise do conteúdo, em suas primeiras utilizações, assemelha-se muito ao processo de categorização e tabulação de respostas a questões abertas, que é cada vez mais empregada para análise de material qualitativo obtido através de entrevistas de pesquisa, como enfatiza a autora quando descreve que

[...] a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente). A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos (MINAYO, 2004, p.104).

Optou-se por organizar as informações coletadas através da entrevista em categorias, visando facilitar a compreensão dos resultados desse estudo qualitativo. De acordo com Minayo, Deslandes & Gomes (2007), a palavra categoria em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que possuem alguma relação entre si. Está ligada, intimamente à idéia de classe ou série, é uma forma de objetivar a análise dos dados. Na percepção de dos autores supracitados, as categoria são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger conceitos e idéias que permitam uma melhor compreensão e interpretação dos dados obtidos no decorrer do estudo. Esse de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa. As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta das informações.

Os dados da investigação foram organizados em categorias construídas com base nos objetivos do estudo, a identificação dos instrumentos em serviço social, percepção dos profissionais acerca do uso dessas estratégias e sua aplicabilidade no contexto do NASF.

6. Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada dentro dos parâmetros contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõem sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2002). Apresentando o propósito de cumprir o que resolve essa resolução, foi solicitada junto à instituição de saúde, a autorização para a realização do estudo. Requerido também dos sujeitos, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a autorização para a participação na pesquisa onde ficou claro a possibilidade do sujeito afastar-se do estudo em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso tenha lhe causado qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo. Será respeitado o anonimato de todos os envolvidos nesse processo. E para tanto, cada entrevistado foi identificado pela sigla AS, sendo atribuído de forma aleatória os algarismos de 1 a 3 (AS1, AS2 e AS3), e por nomes de flores da flora brasileira. E os NASF's foram identificados de maneira também aleatória pelas letras do alfabeto, X, Y e Z (NASF X, NASF Y e NASF Z), respectivamente.

7 .Discussão e análise dos dados

7.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Esse estudo foi realizado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – (NASF), do município de Juazeiro do Norte – CE, sendo que a referida cidade possui dentro da sua rede de Atenção Primária 07 NASF's, na modalidade - tipo I, que são distribuídos de acordo com a regionalização da rede de atenção à saúde. A regulamentação do NASF ocorreu por meio da Portaria do Ministério da Saúde, nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008a, p.1).

No município supracitado, as equipes só foram implantadas no mês de setembro desse mesmo ano. Cada equipe do NASF, da referida cidade dá cobertura média para 8 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). É o que está definido em portaria ministerial.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. § 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes [...]Art. 4º [...] cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2008a, p.1).

Essa pesquisa se propõe a analisar a instrumentalidade do Serviço social no contexto do NASF, descrever os instrumentais utilizados pelo assistente social no referido núcleo, identificar os limites que impossibilitam esse assistente social de exercer a instrumentalidade como uma capacidade de modificar, transformar e alte-

rar a realidade social do usuário, investigar a importância da utilização dos instrumentais no cotidiano dos usuários dos serviços. O referencial teórico que embasa cientificamente todos os instrumentos discriminados no roteiro de entrevista (**Quadro 02**) estão relacionados no capítulo anterior.

Primeiramente, será apresentada uma análise que caracteriza o perfil dos sujeitos que integram esse estudo. Foi traçado um quadro (**Quadro 1**), onde os dados serão agrupados levando em consideração a identificação dos sujeitos da pesquisa, local de trabalho, tempo de serviço e carga horária. Posteriormente, o roteiro de entrevista será analisado de acordo com os objetivos dessa pesquisa. Para uma melhor compreensão optou-se por dividir o questionário em três categorias, que foram agrupadas da seguinte forma: descrição dos instrumentais, percepção do profissional à cerca dos instrumentos, seus benefícios e limites. E por fim, sua opinião em relação à atuação do assistente social no contexto do NASF.

Quadro 01: Distribuição dos sujeitos de acordo com a identificação, local de trabalho, tempo de serviço e carga horária

Identificação	Local de Trabalho	Tempo de Serviço	Carga Horária
AS1 Rosa	NASF X	3 meses	40 horas/semana
AS2 Margarida	NASF Y	5 meses	40 horas/semana
AS3 Lírio	NASF Z	5 meses	40 horas/semana

Fonte: Dados da Pesquisa Direta - Produção Primária de Dados – Juazeiro do Norte – CE, 2010.

A inserção do Serviço Social nos NASF's está em conformidade com os princípios éticos e políticos da profissão e do Movimento Sanitário. O trabalho do assistente social é essencial para o cumprimento das ações que estão estabelecidas em sua regulamentação.

As ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2009, p. 99).

Dentro dos objetivos propostos para a área do Serviço Social, especificamente no âmbito da saúde, podem ser enumeradas algumas estratégias metodológicas que devem ser vistas como dialeticamente articuladas, relacionando-se intimamente com as demandas de cada realidade, para cada momento histórico e para um agir crítico e reflexivo. Destacam-se dentro dessas abordagens metodológicas, os instrumentos, que são elementos através dos quais os assistentes sociais irão incorporar à sua prática cotidiana na tentativa de responder com qualidade às necessidades impostas pela a realidade social.

O Serviço Social como profissão crítica e interventiva, cujas ações ocorrem junto ao seio da sociedade, permeadas por problemas, conflitos sociais, que demandam de soluções objetivas. O trabalho do assistente social é baseado na ciência social, nos métodos e no referencial teórico e na prática, compreendendo-se a prática dentro dos seguintes elementos estruturais, como apontado por Vergara (2004) - “a teoria social”, apontando o método; “o projeto de sociedade”, o que se quer atingir; “o projeto profissional”, que dá direção à ação; “o instrumental teórico-técnico de intervenção”, os instrumentos teóricos e metodológicos “da prática” (PONTES, 1997 *apud* VERGARA, 2004, p. 7).

Após essa breve contextualização dos sujeitos do estudo e do Serviço Social adentraremos na essência dessa investigação: a descrição dos instrumentais na prática do assistente social. Elencamos os instrumentos que fizeram parte do roteiro de entrevista.

Quadro 02: Instrumentais discriminados no roteiro de entrevista

Visitas: Domiciliares/ Hospitalares /Institucionais
Laudo Social
Parecer Social
Entrevista Social: Individual e Grupal
Relatório Social
Observação Social
Palestras e Reuniões
Encaminhamentos e Orientações
Diário de Campo
Outros Instrumentos

Fonte: Pesquisa Direta - Produção Primária de Dados – Juazeiro do Norte – CE, 2010.

Quando inquiridos sobre quais os instrumentos utilizados na sua intervenção profissional, os sujeitos da pesquisa destacaram que se utilizam das opções discriminadas no quadro 2, apenas a opção visitas hospitalares não foi mencionado pelas entrevistadas, já que o NASF não atua na atenção hospitalar. Merece destaque também, que na opção Outros Instrumentos, uma das participantes da pesquisa mencionou como instrumento do Serviço Social, os seminários, por ser uma atividade que está relacionada diretamente ao fortalecimento da rede socioassistencial.

Outra pergunta do questionário, era em relação ao instrumento mais utilizado no cotidiano com o usuário, de acordo com as falas dos sujeitos temos respectivamente:

“Laudos e pareceres sociais” (AS1 Rosa)

“Cotidianamente utilizo laudos sociais, encaminhamentos, parecer social e relatório social” (AS2 Margarida)

“Laudo social, visita domiciliar, relatório social e encaminhamentos” (AS3 Lírio)

Os profissionais de saúde ao trabalhar com as expressões da questão social, possuem o desafio de estabelecer muitos olhares para que dessa forma seja possível fazer enfrentamentos críticos da realidade, para estabelecer estratégias do agir profissional de forma criativa e inovadora, que se complementam na interlocução com outras categorias profissionais, no cotidiano do trabalho e com os demais sujeitos políticos envolvidos. Ao lançar mão dos instrumentos de trabalho, o assistente social além do desenvolvimento de sua prática, está também fortalecendo a rede de atenção e de serviços desses usuários, já que elementos como laudos sociais, pareceres sociais, entrevistas, reuniões, palestras, encaminhamentos e as outras ferramentas destacadas nas falas acima, já que os mesmo poderão ser necessários aos outros atores envolvidos nos programas de saúde. Como por exemplo, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos. Bem como nos espaços de atenção em saúde, dentro do próprio NASF, nas equipes de saúde da família, hospitais, creches, escolas, poder judiciário, espaços de participação popular, dentre outros.

O Serviço Social no NASF deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde. O assistente social é um profissional que trabalha permanentemente na relação entre estrutura, conjuntura e cotidiano, contribuindo com as equipes na apreensão e na ação em face do cotidiano, no qual as determinações conjunturais se expressam e a prática se realiza (BRASIL, 2009, p.99).

Na categoria 02, a abordagem foi em relação aos obstáculos enfrentados pela categoria. A pergunta norteadora foi: No NASF, um programa relativamente novo, o Serviço Social encontra muitos limites no atendimento ao usuário?

Em resposta a esse quesito, a totalidade das respostas foi **SIM**. Todas as entrevistadas avaliam que existem limites para a efetivação da prática profissional. Onde citaram algumas barreiras que precisam ser contornadas para que o trabalho do assistente social não seja comprometido.

As falas destacadas emergem os obstáculos encontrados pelos profissionais, houve a concordância em alguns pontos comuns: como a falta de estrutura física que foi citada em todas as respostas, a precariedade em recursos materiais, tais como: computador, impressora, papel, formulários próprios, a falta de transporte também foi alegada.

“Falta de transporte, falta de papel, impressora e computador” (AS1 Rosa)

“Condições de trabalho, infra-estrutura e material: carro, computador, papel, impressora” (AS2 Margarida)

“Falta de estrutura física nos PSF, comprometendo o sigilo profissional, ferindo o código de ética do assistente social e o usuário enquanto sujeito sócio-histórico de direitos, falta de equipamentos como armário, computador, impressora, carro institucional todos os dias, falta de fortalecimento da rede socioassistencial, desconhecimento das atribuições dos profissionais do NASF e conseqüentemente das atividades privativas do assistente social. Desconhecimento dos objetivos do NASF” (AS3 Lírio)

Na categoria 03, foi abordada a percepção que os assistentes sociais possuem em relação a sua atuação profissional no contexto do NASF. Ao serem questionados, sobre a possibilidade de mudança ou transformação da realidade social do usuário, através dos instrumentos, os profissionais foram unânimes em responder

que sim. Que eles permitem um forte impacto na modificação do contexto da sociedade. Nesse sentido, destacamos que é ação de responsabilidade do assistente social:

Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de saúde da família (SF), estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; (BRASIL, 2009, p. 102)

Nas falas a seguir, destacamos o papel da instrumentalidade do Serviço Social, no contexto do NASF, na ótica das entrevistadas, como um instrumento de transformação socioeconômica e política para os usuários.

“A instrumentalidade, permite ao profissional ampliar a sua intervenção, contribuindo para que o usuário possa ter atendimento em todas as redes sociais. Os instrumentos respaldam o sujeito enquanto detentor de direitos sociais, como por exemplo: atenção à saúde, entre outros benefícios” (AS1 Rosa)

“Porque o profissional trabalha com a garantia dos direitos, rompendo com o assistencialismo e o paternalismo” (AS2 Margarida)

“Porque a instrumentalidade como afirma Yolanda Guerra, não se restringe aos instrumentos de trabalho, mas está intrinsecamente relacionada com a efetivação dos direitos sociais conquistados e que devem ser garantidos, objetivando dessa forma a emancipação humana. Por isso, é fundamental conhecer, investigar na realidade social, e neste aspecto a instrumentalidade é primordial” (AS3 Lírio)

O NASF foi implantado entre os anos 2008 e 2009, aos poucos estão sendo montadas equipes em todo o território nacional. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em janeiro de 2008, se constituiu como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Nele, as diretrizes da integralidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante, já que o modelo de saúde vigente, busca al-

cançar a quebra do paradigma curativo e para aplicar o contexto de promoção e proteção em saúde por meio de estratégias de prevenção.

Outra questão levantada nessa categoria foi sobre a atuação do assistente social dentro da estrutura do NASF – a pergunta norteadora foi: Como você vê a atuação do assistente social dentro do NASF? As opções apresentadas no questionário estão relacionadas, abaixo:

Quadro 03: Percepção do profissional acerca dos instrumentos na atuação do Serviço Social no contexto do NASF

Atuação fragmentada, focalizada no atendimento individual
Atuação visando ações ou objetivos imediatos, emergenciais
Atuação visando o trabalho à família no seu contexto social, objetivando uma transformação
Quesito com opções de múltipla escolha – Todas as alternativas foram assinaladas

Fonte: Dados da Pesquisa Direta - Produção Primária de Dados – Juazeiro do Norte – CE, 2010.

Dentre as opções citadas acima, todas foram assinaladas, o que nos faz compreender que é ainda, confusa a percepção dos próprios profissionais em relação aos objetivos ao qual o NASF, se propõe, já que uma atuação fragmentada, focalizada no atendimento individual não deve ser uma prática desenvolvida nesse tipo de intervenção ao qual se propõe o NASF, pelo menos na teoria, como nos confirma

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos. (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010, p. 93).

Enfatizamos, porém, que no contexto da Atenção Básica, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, apontando para a construção de redes de atenção e cuidado, e contribuindo para que se obtenha a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.

Quando indagadas a respeito de como está sendo o atendimento do Serviço Social aos usuários, todas auto-avaliaram o serviço como sendo **bom**. Nenhuma das entrevistadas classificou o serviço como ótimo, regular ou ruim. Justificaram as suas respostas com as seguintes falas:

“A falta de meios de transporte limita o atendimento aos usuários” (AS1 Rosa)

“O serviço oferecido é bom, mas, existem limites na atuação do NASF no município. Sendo visto como um complemento e não como apoio.” (AS2 Margarida)

“Classifico como bom, embora os assistentes sociais sejam capacitados para tal trabalho, há uma enorme precarização nas condições de trabalho, dificultando uma intervenção profissional mais qualificada” (AS3 Lírio)

As ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico, ou seja, com o intuito apenas de redução das filas. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em prejuízo da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas. Ainda há muito a ser modificado, construído e reconstruído, o trabalho coletivo dos atores envolvidos é imprescindível para a implementação de uma assistência de qualidade na saúde.

Por se tratar de um processo ainda em construção, a implantação do NASF implica a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião, planejamento e discussão de casos para definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores, na forma de projetos terapêuticos singulares (PTS) e projetos de saúde no território (PST) (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010, p.94).

O trabalho em saúde requer a interdisciplinaridade, desenvolvimento de ações em um contexto plural, ou seja, muitas intervenções e diversos atores envolvi-

dos em um processo dinâmico, com o objetivo de oferecer um serviço de qualidade, primando pela emancipação dos usuários e pelo fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores da saúde e comunidade, ampliando o alcance da prestação de serviços nas redes de atendimento social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas sociais devem promover a promoção social, de modo a viabilizar o exercício da cidadania, a fim de minimizar o clientelismo e buscar promover o desenvolvimento integral do ser humano, visando também o protagonismo, autonomia e a emancipação social. A formulação das políticas sociais devem ser voltadas para atender situações de vulnerabilidade econômica, social, cultural e a garantia de direitos, para que através dessas políticas os indivíduos possam ser incluídos e dessa maneira realmente reconhecidos como sujeitos de direito.

A política econômica vigente no país, o Modelo Neoliberal, também é responsável pela ineficiência das políticas sociais, já que o Estado não investe em políticas sociais abrangentes.

Na área da saúde, levando-se em conta a forma de operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto ético-político profissional, o assistente social desenvolve seus processos de trabalho mediando o acesso e a garantia dos meios necessários ao alcance da saúde individual e coletiva, bem como, aos bens e serviços indispensáveis para a sua materialização e dos demais direitos sociais. A Política Nacional da Saúde emerge, a partir da Constituição de 1988, como direito universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com responsabilidade atribuída ao Estado e devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

O trabalho em saúde se revela como um desafio para todos os atores envolvidos em sua dinâmica. Ainda existem muitas superações a serem alcançadas tais como: um modelo de gestão mais qualificado capaz de atender às necessidades de um sistema de saúde resolutivo (respeitando as necessidades locais); conseguir contornar a ineficiência do planejamento, implementação e avaliação dos recursos humanos e materiais; aprimorar a universalidade, integralidade e equidade; realizar a aplicação correta dos recursos financeiros – evitando gastos e desperdícios; encontrar meios de superação à falta de vontade política de gestores para oferecer um serviço de qualidade; capacitar os profissionais que não possuem um perfil adequado, especialmente na atenção primária; buscar estratégias que possam auxiliar a prática cotidiana dos profissionais de maneira a encontrar soluções viáveis para pouca criatividade dos profissionais. E o mais importante, lançar mão de planos

de ação que objetivem diminuir a burocratização dos serviços, contribuindo assim para a efetividade das estratégias.

Outro quesito que merece destaque é a falta de informação dos usuários no tocante aos seus direitos e deveres. Pois, muito se reclama e pouco se faz para melhorar as condições de saúde no país. Ainda há uma precária organização da rede social que possa incluir e efetivar de maneira eficiente o controle social. A população reclama, é insatisfeita com a qualidade da atenção recebida, mas é fato que os usuários não são esclarecidos dos seus direitos e obrigações. Os conselhos municipais, conselhos de saúde, associações comunitárias não funcionam como deveriam e ainda são ineficientes. Os resultados de seus trabalhos, ações ou projetos, ou não são divulgados ou muitas vezes não saem do papel.

A área da saúde é um campo onde se exige cada vez mais conhecimento e habilidades. Nesse contexto, inclui-se a participação do assistente social. A prática desse profissional se desenvolve em um espaço que é permeado por interesses diversos, por contradições, anseios, especialmente na tentativa de diminuição das desigualdades e iniquidades sociais, bem como na garantia e efetivação de direitos sociais dos usuários, a fim que sejam atendidos nas suas necessidades sociais e por fim, para que se reconheçam como sujeitos de direitos e possam sair do estado de vulnerabilidade, tendo condições de transformar assim, sua realidade social.

Convém destacar, que a Política de Atenção Básica, na nossa prática é voltada para o atendimento individual, focalizado e imediatista (em seu contexto real) e não com o propósito de alcançar os resultados baseados em uma visão crítica da realidade dinâmica e histórica que envolve os aspectos socioeconômicos e políticos da demanda efetiva que procura os serviços públicos sociais (no contexto teórico).

Após a realização desse estudo de uma longa caminhada, dias e dias de leituras e inquietações, chega-se ao fim dessa monografia, com a certeza que essa foi apenas o início de um longo processo engrandecedor e motivador. A temática do NASF é relativamente nova, já que a implantação do mesmo aconteceu há apenas pouco mais de dois anos, ainda não existem estudos que realmente explorem o tema, especialmente relacionando-o ao Serviço Social. É fato que as indagações a respeito desse enredo, não se finda aqui.

Através dessa pesquisa, que nos mostrou preliminarmente o foco da Instrumentalidade do Serviço Social no contexto do NASF, percebemos o quanto é impor-

tante o incentivo, o apoio do município, juntamente com os profissionais na tentativa de definirem estratégias que viabilizem a realização de uma avaliação dos impactos causados pelas ações realizadas pelos profissionais do NASF.

Os objetivos desse estudo foram atendidos, na medida em nos foi revelada a importância dos instrumentais para o trabalho do assistente social na implementação do seu atendimento no contexto do NASF. Essas estratégias viabilizam a concretização da possibilidade de transformação da realidade social na qual está contida a comunidade, que é o foco principal da atenção em saúde. O uso de instrumentais são essenciais para a articulação participativa entre a equipe, usuários e setores afins (ex: outras redes sociais de atendimento e de assistência).

Convém assinalar que a precariedade dos recursos físicos, materiais e porque não dizer humanos, está diretamente associado à qualidade do serviço prestado. Os processos de capacitação que possibilitem reflexões sobre a organização do trabalho são fundamentais para a o desenvolvimento de uma visão mais ampla dos problemas de saúde que encontramos na realidade social no nosso cotidiano.

Algumas outras contribuições que podemos construir são que, o tempo de implantação do NASF no município é ainda recente, os profissionais, especialmente os assistentes sociais estão ainda em processo adaptativo a essa nova lógica de atenção à saúde, aonde todos os profissionais envolvidos devem ter a consciência das funções, princípios e diretrizes organizativos do NASF. Há a necessidade de se elaborar um sistema que possa atender as demandas da comunidade, realmente fazendo valer os princípios do SUS.

A reconfiguração imposta por esse novo modelo de atenção à saúde e a sua perspectiva de incorporação ao trabalho multidisciplinar requer, com certeza, um grande amadurecimento por parte dos trabalhadores de saúde e da gestão municipal, especialmente considerando a inclusão da comunidade nesse processo, já que a educação em saúde deve ser uma aliada na transformação da qualidade de vida e da realidade social dos usuários. É imprescindível a fomentação do Controle Social dentro dos espaços de atenção em saúde (mobilização social), devendo a participação social ser estimulada em todos os níveis.

O NASF, enquanto serviço de saúde deve construir com a sua rede multiprofissional ações que objetivem atender a sua demanda, respeitando a integralidade, humanização, não devendo essas ações possuírem um caráter focalista, imediatista, fragmentada e individual. Esse espaço de atenção em saúde se constitui como um **apoio** a ESF e não como uma forma de absolver a uma demanda espontânea, ou seja, a população usuária sem o encaminhamento oriundo da ESF ou de outro profissional do próprio núcleo. Seu fluxo de atenção deve ser através do sistema de referência e contra-referência, e é nesse bojo que os instrumentos em Serviço Social são importantes para direcionar a prática, mas não devem ser vistos como um fim em si mesmo.

É necessário o aperfeiçoamento profissional, a ampliação de pesquisas e a publicação das mesmas, onde seja explorada a temática do NASF, sobretudo, reforçarmos a importância da divulgação das experiências práticas dentro do ambiente acadêmico.

Podemos chegar à conclusão que a instrumentalidade é essencial para o Serviço Social, pois ela permite que o profissional se apodere da sua capacidade de intervenção nas questões sociais, visto que é norteadora da práxis na sua rotina de trabalho. A mesma oferece um norte ao assistente social na busca por soluções e medidas que podem e devem ser articuladas com os demais atores sociais nas mais diversas áreas, com o intuito de provocar mudanças na realidade social dos usuários.

Destacamos que a categoria da mediação também é o foco dessa instrumentalidade, não devendo ser a mesma um mero preenchimento de lacunas burocráticas. Salientamos ainda que a instrumentalidade é por excelência uma ação que necessita ser bem fundamentada teoricamente, explorada metodologicamente e a sua aplicação precisa sempre ser pautada numa visão coletiva.

REFERÊNCIAS

- BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. Biblioteca Básica de Serviço Social. Vol. 2. 5ª edição. São Paulo-SP. 2008.
- BERNARDES, Elexandra Helena, PEREIRA, Maria José Bistafa, SOUZA Nilzemar Ribeiro de. **Atenção Primária à Saúde Diferente de Prevenção e Promoção** CIÊNCIA ET PRÁXIS v. 1, nº 1. 2008.
- BONI, Valdete, QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a Entrevistar: como fazer Entrevista em Ciências Sociais**. Tese – Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vol. 2. Nº 3 (1). Jan/jul. Pag. 68-80. 2005. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf. Acessado em 20/05/2010 às 14:20h.
- BRASIL. **Lei nº 6.439 de 01 de setembro de 1977**. Casa Civil. Brasília-DF. 1977. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/42/1977/6439.htm>. Acesso em 18/05/2010 às 14:20h.
- _____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Casa Civil. Brasília-DF. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 17/03/2010 às 19:20h.
- _____. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Casa Civil. Brasília – DF. 1990b. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em 17/03/2010 às 20:05h.
- _____. **Código de Ética do assistente social. lei 8662/93 de regulamentação da profissão**. (3ª ed. rer. e atual.). Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). 52p. 1997.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF. 36p. 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Série CNS – Cadernos Técnicos, série A, Normas e Manuais Técnicos, n.133. Brasília; Pág.83-91. 2002.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS. 604pág. 2003.
- _____. **Políticas de Saúde no Brasil: Um século de lutas pelo direito à saúde**. Produção: Ministério da Saúde, Organização Pan- Americana de Saúde – (OPAS), Universidade Federal Fluminense – (UFF). Ministério da Saúde. Brasília-DF. DVD. 90min. aprox. 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Estratégia Participativa. **A Construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. FALEIROS, Vicente de Paula, VASCONCELOS, Luis Carlos Fadel de, SILVEIRA, Rosa Maria Godoy, SIVA, Jacinta de Fátima Senna (Orgs.). Brasília-DF. 2006b. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf Acesso em 14/02/2010 às 8:00h.
- _____. **Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. 2008a. Disponível em: http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf. Acesso em: 21/02/2010 às 14:00h.
- _____. Presidência da República. Secretaria Geral Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Institucionais - **PROGAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD**. (ac. 2008b). Disponível em: [http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/ CPP2_esp.pdf](http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/_CPP2_esp.pdf). Acesso em 24/03/2010 às 14:20h.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Nº 27. Diretrizes do NASF.** Brasília- DF. 2009.
- _____. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Previdência Social.** 2010a. Endereço eletrônico. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=443>. Acesso em 27/03/2010 às 16:00h.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Programa de Gestão em Saúde.** Planejamento e Organização da Atenção à Saúde. LOPES, Clayre Maria Bonfim, BARBOSA, Pedro Ribeiro, SILVA, Vanessa Costa e (Orgs.). Brasil. 2010b.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** *In:* Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____. MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate.** *In:* Saúde e Serviço Social BRAVO, M. I. S. et al (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CARDOSO, Maria de Fátima Matos. **Reflexões sobre Instrumentais em Serviço Social: Observação sensível, entrevista, relatório, visitas e teorias de base no processo de intervenção social.** São Paulo-SP. LCTE Editora. 2008.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social (Org.). **Estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos: contribuição ao debate no judiciário, no penitenciário e na previdência social.** 8ª edição. Cortez Editora. 2008.
- CAMPANA, Priscila. O mito da consolidação das leis trabalhistas com reprodução da Carta del Lavoro. Revista Jurídica. Vol. 12. Nº 23. Pág. 44-62. jan. /jun. 2008. Disponível em:

<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/viewFile/835/657>. Acesso em 16/05/2010 às 14:20 h.

- COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos Serviços de Saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais.** 1998. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf. Acesso em 27/03/2010 às 14:00h.
- COHN, Amélia. **A questão social no Brasil: a difícil conquista da cidadania.** In: Viagem incompleta (1500 – 2000) a grande transação: A experiência brasileira. Mota, Carlos Guilherme (org.). 2ª edição. São Paulo. Editora SENAC.
- DAL PRÁ, Keli Regina. **As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde.** Textos & Contextos (Online), v. 2, p. 01-20, 2003.
- ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Pág. 385-434. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf. Acesso em 14/05/2010 às 14:10h.
- ESPÍNOLA, Fabrício Dantas, COSTA, Iris do Ceú Clara. **Agentes Comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional.** Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. jan-abr; nº18. Pág.43-51. 2006.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil.** In: CFESS; ABEPSS-CEAD/NED-UNB. Capacitação em Serviço Social e Política Social. **Política Social.** Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. Pag. 41-56. Modulo 3. 2000.

- _____. O que é política social. Brasiliense. Coleção Primeiros Passos. Nº 168. 2004.
- GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade no trabalho do assistente social.** In: Cadernos do Programa de capacitação continuada para assistentes sociais. “Capacitação em Serviço Social e Política Social”. Módulo II: O trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. CFESS/ABEPSS. UNB. 2000.
- HOFFMANN, Edla. **O Trabalho das assistentes sociais no programa saúde da família – PSF na Região Norte do estado do Rio Grande do Sul.** Tese [Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – (PUCRS). 2007.
- IAMAMOTO, Marilda Vilella. **Trabalho e indivíduo social no processo capitalista de produção:** In: _____. Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. São Paulo – SP. Cortez, 2001.
- _____. **As dimensões ético-políticas e teórico metodológicas no Serviço Social contemporâneo.** Trajetória e desafios. 2004. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em 12/03/2010 às 15:30h.
- LEWGOY, Alzira Maria Baptista, SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Textos e Contextos. Vol. 6. Nº 2. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/2315>. Acesso em: 21/05/2010 às 16:20h.
- LIMA, Telma Cristiane Sasso de, MIOTO, Regina Célia Tamasso, DAL PRÁ, Keli Regina. **A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre Vol. 6. Nº. 1 pág. 93-104. jan./jun. 2007. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/3234>. Acesso em 14/05/2010 às 11:00h.

- MACHADO, Edinéia Maria. **QUE QUESTÃO SOCIAL: OBJETO DO SERVIÇO SOCIAL?** Serviço Social em Revista. Universidade Estadual de Londrina. Vol. 2, nº 1. Jul/Dez. 1999. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_quest.htm. Acesso em 05/03/2010 às 14:00h.
- MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e Linguagem: relatório, laudos e pareceres**. São Paulo: Veras, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25ª edição revista e atualizada. Editora Vozes. 2007.
- MIOTTO, Regina Célia Tamasso. **Perícia Social: proposta de um percurso operativo**. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, v. 67, p. 145-158, 2001.
- NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O Mundo da Saúde. Vol.34. pág. 92-6. São Paulo. 2010.
- NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília. CFESS. ABEPSS. UnB. 1999.
- PAIM, Jairnilson da Silva. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: Rouquayol Maria Zélia, (Org). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro-RJ. Pág .245-257. Editora MEDSI; 2002

- PEREIRA, Heloisa Elaine, POLLIS Rosilene de Fátima, ROCHA, Marco Antônio. **A visita institucional como instrumento técnico-operativo do serviço social no ministério público do Paraná.** 2008. Disponível em <http://www.mp.rs.gov.br/areas/ceaf/arquivos/enssmp/Textos%20Completos%20OPDF/Visita%20Institucional%20-%20MP%20do%20PR.pdf>. Acesso em 07/05/2010 às 21:05h.
- PINSKY, Jaime. In:PINSKY, Jaime, PINSKY, Carla Bassanezi (Org.) **História da Cidadania.** 2ª edição. São Paulo. Editora Contexto. 2003.
- RIZOTTI, Maria Luiza Amaral. **Estado e Sociedade Civil na História das Políticas Sociais Brasileiras.** Revista Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, v. 22, p. 39-56, set. 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/3873/3112>. Acesso em 06/03/2010 às 8:50h.
- SILVA, Carla Andréia Alves da. **O sentido da reflexão sobre autonomia no serviço social . Serviço Social em Revista.** Vol. 6. Nº2. jan./jul. 2004. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v6n2_carla.htm. Acesso em 20/04/2010 às 14:05h.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da, ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde.** In.: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26> Acesso em: 20/05/2010 às 18:00h.
- SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social- Biblioteca básica de serviço social.** Vol. 3. 3ª Ed. Revista e atualizada. São Paulo. Cortez. 2009.
- SOUSA, Charles Toniolo de. **A Prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional.** Emancipação. Emancipação. Vol. 8, nº 1. Pág. 119-132. Ponta Grossa. 2008a. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em 10/03/2010 às 15:20h.

- _____. Maria de Fatima de. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. mar-abr; pág. 153-8. 2008b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>. Acesso em: 16/05/2010 às 10:20h.
- _____. Maria de Fátima, HAMANN, Edgar Merchán. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciênc. Saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009.
- SPOSATI, Aldaízia. **A menina Loas: um processo de construção da assistência social.** São Paulo: Cortez, 2004.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
- VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- ZIMMERMANN, Clóvis Roberto, ANDRADE, Fabrício Fontes de. **Sistemas de proteção social e o SUAS: análise de um sistema em construção.** Emancipação. Vol. 8, nº 1. Pág. 65-78. Ponta Grossa. 2008. Disponível em: <http://www.uepg.br/emancipacao>. Acesso em 06/03/2010 às 15:20h.

APÊNDICES

APÊNDICE – A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Faculdade Leão Sampaio

Curso de Graduação em Serviço Social

Coordenação do Curso de Serviço Social

Essa pesquisa intitulada **“A INSTRUMENTALIDADE NO CONTEXTO DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF”**, está sendo desenvolvida pelo(a) aluno(a) **MARIA DO SOCORRO SAMPAIO**, matrícula **2006201950**, sob a orientação da Professora Helaide Mendonça da Faculdade Leão Sampaio.

Possui como objetivo Analisar os instrumentais do Serviço Social no NASF, com fins de produção monográfica que se estabelece como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo aluno. Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas podendo ser apresentadas como artigo científico e ainda poderão ser apresentadas em eventos científicos, mantendo o sigilo e a integridade física e moral do indivíduo participante do estudo. A coleta de dados ocorrerá através da aplicação de questionário, mantendo a integridade física e moral dos participantes.

Os(as) alunos(as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o professor orientador.

Diante do exposto, eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados.

Juazeiro do Norte – CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Dados do aluno: F. _____

Dados da Instituição: F. _____

APÊNDICE – B – Roteiro de Entrevista



FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Caracterização dos Sujeitos**

1. Nome:

2. Profissão:

3. Há quanto tempo exerce a profissão no NASF?

4. Nome da Instituição aonde presta serviços?

5. Qual a sua carga horária semanal de trabalho?

- **Categoria 01**

1. Na sua intervenção profissional, quais os instrumentais utilizados?

- visitas domiciliares; relatório social;
- visitas hospitalares; observação social;
- visitas institucionais; encaminhamentos e orientações;
- laudos e pareceres sociais; palestras e reuniões;
- diário de campo; outros;
- entrevistas sociais: individuais e grupais;

2. Para você, qual o instrumento mais utilizado no cotidiano com o usuário?

- **Categoria 02**

1. No NASF, programa relativamente novo, o Serviço Social encontra muitos limites no atendimento ao usuário?

- sim
- não

2. Cite alguns desses obstáculos, se houver.

- **Categoria 03**

1. No seu entendimento, a instrumentalidade do serviço social dentro do NASF é importante? Ela tem como transformar a realidade sócio-econômica e política do usuário?

- sim
- não

Por quê?

2. Como você vê a atuação do assistente social dentro do NASF?

- fragmentada, focalizada no atendimento individual;
- visando ações ou objetivos imediatos, emergenciais;
- trabalhando a família no seu contexto social, visando uma transformação.

3. Na sua visão como está sendo o atendimento do Serviço Social, aos usuários do serviço?

- ótimo
- bom
- regular
- ruim

Justifique:
