

Artigo original

NOVOS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL: O CASO DO PSF (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA)

Ludimilla Carvalho Serafim de Oliveira¹

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma retrospectiva do Serviço Social à luz da sua contextualização histórica, fazendo menção aos fatos importantes que marcaram esta profissão, com a finalidade de abordar, nos dias atuais, a sua inserção no PSF – Programa Saúde da Família. O Serviço Social tem sua origem ligada à filantropia e à caridade cristã, num período em que a Igreja, o Estado e a burguesia estavam unidos para atender seus interesses e consolidar a expansão do modo de produção capitalista. Daí a atuação profissional do assistente social emergir para servir aos preceitos da sociedade dominante e seu processo de intervenção profissional orientado para produzir e reproduzir as ideologias dessa parcela dominante da sociedade. É nesse contexto que o Serviço Social, ao longo de sua história aparece com ponto fulcral das políticas sociais, isto é, ligado a uma estratégia de trabalho que sempre visou a atender aos interesses da classe dominante. No entanto, com a ruptura com os laços conservadores, o assistente social pode acompanhar a aceleração dessas políticas sociais e propor uma nova dinâmica de enfrentar as problemáticas sociais. A metodologia usada na pesquisa usou como ferramenta a pesquisa bibliográfica, usando fontes diversas como livros, revistas, periódicos e internet. Os resultados apontam para uma profissão historicamente situada, modificando sua forma de ver e intervir na sociedade conforme as mudanças nas esferas econômica, política, social, cultural. Conclui-se, nesse sentido, que esse profissional precisa romper com as amarras do capitalismo para deixar de lado o aspecto filantrópico e caritativo ligado à profissão, para que possa atuar numa dimensão educativa, esclarecedora e mediadora dos processos de construção da vida em sociedade.

Palavras-chave: Serviço Social. Capitalismo. Fundamentos Teóricos. Históricos. Metodológicos.

INTRODUÇÃO

A história do Serviço Social faz jus à ausência de clareza sobre o papel desse profissional na sociedade. Tal indefinição tem acompanhado este profissional do surgimento a sua formação.

Todavia, não é possível falar de Serviço Social sem explicar a sua relação de Serviço Social da sociedade a sua relação com os preceitos da sociedade capitalista. Porém, os projetos alternativos de metodologia e de intervenção vieram no decorrer da história, motivadas pelas lutas de classe e pela renovação no eixo conservador de suas ações.

A necessidade dos assistentes sociais face ao enfrentamento dos problemas sociais é bastante visível, haja vista a importância do seu perfil de mediador na aplicação das políticas sociais e da efetividade do seu trabalho na vida dos seres humanos que dele dependem no meio em que vivem.

Dessa forma, o significado social do assistente social é viabilizado dentro da efetividade

¹ Graduada em Serviço Social/UERN e Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA. Professora dos cursos de pós-graduação da FIP/PB; ouvidora e responsável pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas – NUPEA da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN – E-mail: ludimillaoliveira@ globo.com

e eficiência de suas ações. Já que possui como alternativa o direcionamento de uma prática social comprometida com o social, com a sua construção, com o seu bem-estar, visando, dessa maneira, a um desenvolvimento digno e capaz de fazer valer a cidadania na sociedade capitalista.

Com base nesses preceitos, o trabalho proposto tem a finalidade de historiar esta profissão, mostrando seus desafios, desastros e até mesmo as decepções. Por constituir-se numa profissão historicamente construída, as instituições e a metodologia de trabalho foram sendo modificadas em função dessa característica dinâmica e mutante que é a história dos seres humanos.

Neste ínterim, o objetivo primordial está em aliar esse contexto histórico e situá-lo em pleno século XXI frente a uma nova proposta de trabalho para esse profissional, que é o Programa de Saúde da Família.

Numa esfera ligada à saúde, e vendo-a nos dias atuais a partir de um contexto ampliado que envolve um bem-estar físico, mental e social, pretende-se mostrar a importância desse profissional para o referido Programa.

A contribuição do trabalho está em fazer uma leitura teórico-crítica dessa profissão, com o intuito de mostrar sua importância para a sociedade em seu crescimento e desenvolvimento.

Metodologia

O trabalho tem como proposta metodológica uma leitura e interpretação a partir da pesquisa bibliográfica. No entanto, pesquisa "é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento" (ANDER-EGG *apud* LAKATOS, MARCONI, 1991, p. 155).

Daí a pesquisa ser vista como um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico dado como maneira e caminho para se conhecer a realidade ou até mesmo para descobrir verdades acerca de um determinado assunto.

A ferramenta

[...] pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já

tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádios, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão (MARCONI; LAKATOS, 1991, p. 183).

Justifica-se aí, conforme as autoras supracitadas, a importância dessa técnica de pesquisa e sua abrangência na busca de dados. A mesma coloca o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito e descrito, oferecendo meios de abordar uma temática com uma maior consistência teórico-metodológica, daí a escolha e apreciação por essa técnica.

O SERVIÇO SOCIAL E AS NOVAS DEMANDAS NA CONTEMPORANEIDADE

O contexto atual tem dado ao Serviço Social novas premissas, novos desafios. Visto que a questão social vem assumindo diferentes particularidades no decorrer da história.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão Social que, sendo desigualdade é também, rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela se opõem (IAMAMOTO, 1999, p. 28)

Atualmente há uma necessidade de se repensar a questão social, pois as bases de produção sofrem profundas transformações que cercam o âmbito social, político, econômico e cultural. A globalização da economia e as políticas neoliberais têm condicionado toda uma mudança na vida das pessoas. A internacionalização da economia tem provocado um crescente aumento das desigualdades sociais e a desigual distribuição de riquezas.

Portanto, o problema atual não é apenas o da constituição de uma "periferia precária", mas também o da "desestabilização dos estáveis". O processo de precarização

percorre algumas das áreas de emprego estabilizadas há muito tempo. Novo crescimento dessa vulnerabilidade de massa que, como se viu, havia sido lentamente afastada. Não há nada de "marginal" nessa dinâmica. Assim como o pauperismo do século XIX estava inserido na industrialização, também a precarização do trabalho é um processo central, comandado pelas novas exigências tecnológica-econômicas da evolução do capitalismo moderno. Realmente, há aí uma razão para levantar uma "nova questão social" que, para espanto dos contemporâneos, têm a mesma amplitude e a mesma centralidade da questão suscitada pelo pauperismo na primeira metade do século XIX (CASTEL, 1998, p. 527).

As contradições presentes na sociedade capitalista se introduziram no Serviço Social como especialização do trabalho, submetidas também às relações precárias de trabalho. Já que, num primeiro momento, o mesmo é chamado a intervir, isto é, executar implementação de estratégias que viabilizassem uma harmonia com a sociedade. Mas com as mudanças hoje ocorridas no mercado de trabalho, acompanhadas pelo processo de modernização da produção e pela terceira Revolução Industrial², a desordem do trabalho está caracterizada por fragilidades, como: insegurança no mercado de trabalho, no emprego, na renda, na contratação sindical e na defesa do trabalho. Desse modo, novas relações de trabalho emergem na sociedade e com ele novos desafios aos profissionais. Surge nesse contexto, o trabalhador polivalente, aquele que é designado a exercer várias funções, tendo que exercer múltiplas tarefas, além de trabalhar com eficiência e qualificação.

É dentro desses propósitos que o assistente social está sendo solicitado a se qualificar e romper com suas tradicionais atribuições. Hoje, fala-se cada vez mais em dimensões macroscópicas como manifestações do cotidiano, para que possa atuar e contribuir na vida social e nos rumos da história.

² Terceira Revolução Industrial – caracterizada pela informação e a microeletrônica, isto é, a moderna tecnologia.

Emerge daí uma outra diretriz, traduzida na necessidade de articular formação profissional e mercado de trabalho. Essa não se confunde com a mera adequação da formação às exigências do mercado de trabalho, numa perspectiva instrumental, subordinando a formação universitária à dinâmica reguladora do mercado, exigido como fetiche pelo pensamento liberal, reeditado hoje nas visões neoliberais das políticas oficiais do Estado, preconizadas pelos organismos internacionais. A articulação proposta passa por outras considerações: a exigência de uma formação profissional sintonizada com o mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, dotada de um distanciamento crítico da mesma sintonização que permita detectar as demandas expressas nas órbitas estatal e empresarial – expressão de tendências dominantes do processo de acumulação capitalista e das políticas governamentais impulsionadoras de sua realização. Detectar também o que se esconde por detrás destas tendências: as contradições e impasses pelos quais se realiza decorrentes das desigualdades que recria ampliadamente, das lutas entre as classes, das respostas que estão sendo criadas pelos setores explorados e dominadas, excluídas dos benefícios do progresso e dos recursos e espaços da proteção social (IAMAMOTO, 1999, p. 171).

A reestruturação que cerca a sociedade globalizada abrange a vida social, posto que a Revolução da Tecnologia e a crítica da cultura convergiam para uma re-definição histórica das relações de produção, poder e experiência que envolvem a sociedade.

As transformações econômicas, isto é, economia informal/global são mais capitalistas que qualquer outra fase do capitalismo, moldadas atualmente pela flexibilização, competitividade, produtividade e qualidade. O processo de apropriação dos lucros, hoje, está marcado principalmente pelos mercados financeiros globais, destituindo o capital industrial e introduzindo o capital financeiro.

O Serviço Social, como divisão, subordina-se ao movimento de reorganização interna do processo produtivo, de tal modo que suas atribuições variam conforme as necessidades do processo e as prioridades estabelecidas pelas políticas internas. Fica óbvio, a partir da exposição sobre desen-

volvimento da empresa, que vale a pena se dedicar ao bem-estar do trabalhador no seu ambiente de trabalho, numa época em que os movimentos sindicais, as greves e as reivindicações não ocorriam, reprimidos e proibidos pelo regime político vigente. Nessa ocasião, era conveniente entender até a casa do operário a política de bem-estar da empresa fechando assim o ciclo de vida "familiar" pregado pelo manual do empregado (KARSCH, 1998, p. 40).

Assim, a sociedade em rede está ocupada pelo espaço dos fluxos das interações e por uma cultura virtual, que tem provocado profundas transformações em todos os níveis sociais. Mas as mudanças são ainda mais complexas, visto que abrangem o social e conseqüentemente a intensificação da exclusão social, como também têm modificado a estrutura da família com a crise do patriarcalismo. Decorrentes dessas mudanças, temos novas relações de gênero, nova estrutura no que se refere à personalidade e novos padrões nas interações entre os sexos, conferindo assim novos desafios para o social.

A crise que cerca o mundo globalizado condicionou novas identidades; o homem já não é mais o mesmo, a inter-dependência, a educação e os novos conhecimentos introduziram entre os atores sociais uma manipulação de símbolos, para compor a troca nas redes de informação.

É portanto, no horizonte de uma sociedade que se fez moderna e promete a modernidade, que a pobreza inquieta. Nas suas múltiplas evidências, evoca o enigma de uma sociedade que não consegue traduzir direitos proclamados em parâmetros mais igualitários de ação (TELLES, 2001, p. 15).

Os fluxos de informação facilitaram a vida, mas também possuem características indissociáveis, ou melhor, o que ocorre hoje é chamado conexão perversa, segundo Castells (2000), por parte daqueles que não estão incluídos nesse processo global da vida. Assim, muitos não sobreviverão sobre o auge da tecnologia, da informação e da interação entre a NET e o SER.

Entretanto, com a não existência da soberania do Estado – Nação, muitas pessoas estavam se distanciando das instituições que antes serviam à sociedade civil. Com isso, a ação política deturpada

e os seus incentivos deslocados da ação social não devem conter a mobilização da sociedade civil e de incentivos privados, no que se refere à ação e ao bem-estar social. Para tanto, as pessoas devem estar cada vez mais esclarecidas, conscientes e delineadas para assumirem, juntamente com as empresas, uma responsabilidade social, capaz de conter os malefícios e seqüelas da exclusão social, utilizando dessa forma a comunicação e a informação como provedores de um futuro melhor para a humanidade.

Em todo esse processo de mudança é fundamental que todos nos situemos como agentes ativos de sensibilização. Trata-se de um processo no qual todos somos educandos e educadores em todos as facetas e âmbitos de nossa vida. Para tanto, precisamos tomar consciência da importância do efeito multiplicador de nosso compromisso, não obstante a desvalorização que sofre pela consolidação dos valores pós-modernos, superando o efeito negativo que os valores individualistas vão gerando nas consciências traduzidas depois em atos concretos de falta de solidariedade, consumismo, etc. (PÉREZ (org.), 2005, p. 32).

Em síntese, a construção desse novo mundo exige de todos nós cooperação, informação e adequação a novos valores, pois a cultura está metamorfoseada e conseqüentemente nós já não somos os mesmos e as nossas identidades estão mudando de lugar, principalmente no tocante às profissões, como é o caso específico do Serviço Social.

Refletindo acerca da prática do assistente social

Os novos cenários impulsionados pela atual condição socioeconômica vivenciada pela população, têm proporcionado aos assistentes sociais um novo perfil profissional junto a sua práxis.

Aliada a este contexto está a condição *sine qua non* de desenvolvimento da população que prevê um nível de crescimento e amadurecimento capaz de exigir novas perspectivas junto a um contexto de exploração direta de exigência e esclarecimento de direitos e deveres.

Os atuais cidadãos no Brasil estão

norteados pela legalidade do processo constitucional que permeia uma Constituição (1988), considerada, sobremaneira, cidadã. Nesse sentido, sua atuação profissional está delineada *a priori*, pela garantia de exercício de direitos e deveres do cidadão.

Assim, a nova conjuntura traz ao serviço social um novo perfil, com novas perspectivas, com alternativas criativas para atender às demandas emergentes dentro de uma determinada conjuntura posta pela dinâmica da vida social.

As mudanças sócio-históricas atualmente têm modificado a divisão do trabalho na sociedade incorporando novas formas de gestão no interior das estruturas produtivas. Assim, a abordagem que insere o serviço social propõe uma prática profissional profundamente interligada às relações entre o Estado e a sociedade civil, o que, *a priori*, aliava a profissão à filantropia e posteriormente a redimensionou através do movimento de reconstituição profissional.

Dessa forma, entendendo a questão social como a base de fundamentação para o serviço social como especialização do trabalho, a mesma pode ser apreendida como expressão das desigualdades sociais presentes na sociedade capitalista moderna. Com isso, os efeitos adversos que sobrevenham na atuação do contexto de políticas sociais como o PSF, devem ter o direcionamento do serviço social como foco de intervenção direta a fim de viabilizar e atender às necessidades sociais emergentes no contexto de enfrentamento dos problemas de saúde.

Já que o serviço social, ao se integrar no campo da saúde em seus programas sociais, tem como finalidades:

- Orientar a comunidade no sentido de proteger a saúde através da prevenção da doença e educação sanitária.
- Avaliar a situação do cliente através de critérios preestabelecidos pelo Serviço Social e pela própria instituição médica.
- Planejar, executar e coordenar programas relacionados aos problemas médico-sociais, de maneira a cooperar com a UBS no cumprimento de seus objetivos para com a comunidade.
- Proporcionar tratamento especí-

fico aos usuários da UBS, possibilitando tratamento médico (KLEIN, 1975, p. 55).

O reforço teórico feito pelo autor acima mostra que, apesar da mudança sócio-histórica, o assistente social ainda ocupa nos dias atuais um espaço de mediação, cooperando junto aos programas sociais como uma forma de intervir diretamente junto das problemáticas que advenham.

No campo da saúde, o assistente social busca, junto aos recursos disponíveis, uma recuperação do processo saúde-doença, através da orientação do sentido de reintegração e de manutenção da qualidade de vida. Já que nesse sentido ele possui como foco o indivíduo doente e o tratamento aliado a um conceito ampliado de saúde, exige a partir dessas novas concepções, uma condição social de relações e interações equilibradas como *modus operandi* de referência para esse profissional.

A ação do serviço social exhibe diretamente uma feição preventiva junto às orientações, embora específicas, mas que se moldam a partir de um conjunto de elementos dentro da categoria e da práxis profissional. Posto que seus instrumentos de trabalho são fixados conforme os ditames institucionais e os condicionantes políticos e econômicos estabelecidos pela mesma.

Com isso, mesmo após uma série de inovações, a prática desse profissional ainda está alheia aos demantários do poder institucional em que está inserido. Haja vista a autonomia e o processo de trabalho se encontrarem relativizados por esse contexto.

Embora existam conflitos e desafios junto a esse profissional, ele possui seu espaço constituído frente à gama de problemas e de obstáculos que marcam o processo de produção e de reprodução social.

NOVAS DEMANDAS: O CONTEXTO DO PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Frente às novas mudanças na sociedade, o profissional do serviço social vem se incorporando às novas realidades. Tal profissão atua diretamente por meio de políticas sociais, junto às demandas que vão sendo construídas por meio da questão social. Assim, várias são as esferas onde o

serviço social é chamado a intervir e, dentre vários contextos, faz-se menção à área da saúde.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional e estadual, caindo numa visão focalista onde o "local" é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais "eficientes" a acordos às necessidades da população. Retrocedemos a uma visão "comunitária" onde as pessoas e as famílias passam a ser os responsáveis últimos por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso importado conceito de empoverment está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, particularmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na mais absoluta pobreza (NORONHA; SOARES, 2001, p. 3).

Essa é a realidade das políticas de saúde nos anos de 1990, ou seja, fruto de todo o contexto de mudanças e inovações que alteraram a face reducionista das políticas, para uma visão "inovadora" e "moderna".

Tal mudança é consequência dessa nova visão de Estado que aparece num contexto de reformas, mas mínimo de gastos e intervenção direta junto ao pauperismo e à exclusão social.

Essas estratégias de Reforma do Estado estão inseridas em um movimento mais geral em direção a um suposto setor público não-estatal (também chamado de terceiro setor) que se responsabilizaria pela execução dos serviços que não envolvessem o exercício do "poder de Estado", mas que deveriam ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Esse processo, chamado de "publicação", na realidade, não é uma "criação" do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado. Ele se inclui em todas as propostas de reforma decorrentes da implementação dos chamados ajustes estruturais. (NORONHA; SOARES, 2001, p. 4).

O contexto apresentado mostra que o Estado exerce um papel fundamental na reconstrução social dos processos

sociais. Já que através da sua intervenção e atuação nos problemas que envolvem a questão social é que estes podem ser melhor organizados.

Nessa direção, a década de 90 é marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma de Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais (SENNA, 2002, p. 204).

No que concerne ao serviço social e às novas demandas no setor de saúde o PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA consiste numa estratégia de reorientação do modelo de assistência aos problemas de saúde da população.

Contudo, apesar da diversidade de contextos e especificidades existentes nos processos de constituição e operação dos sistemas nacionais de saúde de cada país, de um modo geral, pode-se afirmar que as propostas giram em torno de quatro pontos cruciais, constituindo a determinada agenda global da saúde:

- a) separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde;
- b) inclusão de mecanismo de mercado por meio da competição administrativa;
- c) ênfase na efetividade clínica;
- d) mudanças na concepção de saúde e no papel dos usuários nos sistemas de saúde (VIANA e DAL POZ, 1998).

No caso brasileiro, além dos cenários de reformas do Estado junto ao controle de gasto público, é notório ressaltar as inovações introduzidas decorrentes também de fatores internos ligados ao próprio setor, potencializados principalmente pelo processo de implementação do SUS (Sistema Único de Saúde).

O processo denominado movimento sanitário, fruto da mobilização dos diferentes setores da burocracia da saúde,

impulsionou com a Constituição de 1988, os princípios e as diretrizes da implantação do SUS. Daí a universalização do acesso e a participação popular se configurarem numa inflexão de modo predominante de produção de políticas sociais no Brasil, motivando uma cisão entre o padrão meritocrático característico do nosso sistema de proteção social.

O artigo 198 da Constituição Federal revela que são princípios do SUS: "a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade devem prevalecer sobre toda e qualquer alternativa de reorganização dos serviços de saúde".

De modo complementar, mas com o mesmo grau de importância, alguns princípios devem ser observados:

- Universalidade – acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (todas as pessoas, sem discriminação, têm direito ao atendimento público e gratuito à saúde).
- Igualdade – da assistência à saúde (o mesmo atendimento deve ser oferecido às pessoas sem privilégio).
- Equidade – deve ocorrer na distribuição de recursos (destinar mais recursos às comunidades mais pobres e carentes).
- Resolutividade – capacidade de resolver os problemas da população.
- Integralidade – da assistência.
- Descentralização – gestão compartilhada.
- Participação da comunidade – gestão participativa no processo de decisões.

No entanto, além desses, ainda encontramos na Lei Orgânica da Saúde de nº 8080/1990, os seguintes princípios:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral: o respeito aos sentimentos, aos modos de pensar, às crenças e às convicções dos indivíduos, além do direito de escolher alternativas de assistência disponível.

- Direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde: as unidades de saúde são obrigadas a fornecer informações de interesse das pessoas assistidas ou de interesse da comunidade.
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário. As unidades devem oferecer informações acerca dos serviços disponíveis.
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento das prioridades e alocação e orientação programática dos recursos e as ações de saúde.
- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento, isto é, a união de esforços no sentido de combater as doenças de uma localidade.
- Configuração dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união, do Estados e do Distrito Federal.
- Organização dos serviços públicos de saúde de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

PSF – Programa de Saúde da Família: entendendo o Programa

O PSF possui como marco uma reunião entre técnicos do Ministério da Saúde e os secretários municipais, em dezembro de 1993, congregando vários atores de diferentes regiões do país, de forma a romper com o confinamento das experiências de agentes comunitários e saúde da família às regiões Norte e Nordeste.

A adoção do PSF parte do reconhecimento de que as iniciativas de introdução de mudanças substantivas no setor saúde, a partir da implantação do SUS, apesar de seus avanços têm resultados pouco perceptivos na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover alterações significativas no modelo assistencial. Assim, para o MS, o programa pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança, configurando

uma im-portante inovação programática (SENNA, 2002, p. 209).

Quanto à “fotografia” do PSF, tem que se considerar que, em linhas gerais, cada equipe é formada por um médico generalista, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde, dentista e outros profissionais que vão sendo incorporados, de acordo com a gestão de cada município e o governo federal.

Contudo, o Programa de Saúde da Família apresenta-se como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde, e se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandado das equipes e incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médico-sanitária em nosso país. O processo de humanização consiste em reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades como sujeitos de direitos; é observar a cada pessoa e família nas suas especificidades, valorizando sua história, seus valores, crenças e desejos.

Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de saúde identificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 7).

A Unidade de Saúde da Família trabalha com uma delimitação de base territorial, levando em conta a realidade e as diversidades regionais. Isto é, realizando um mapeamento da área, um diagnóstico e posteriormente um plano de ação e atuação na área de intervenção. Assim, as diferenças regionais, geográficas, sociais, econômicas, culturais e políticas interferem diretamente na ação prática da equipe numa determinada área de atuação. Desse modo, cada realidade exige uma maneira diferenciada de trabalho e de atuação.

De acordo com Draibe (1999), a descrição territorial da clientela, juntamente com a opção pela unidade familiar, constituem-se duas das principais inovações do PSF que, se não representam um avanço do SUS, são pelo menos uma correção

de suas insuficiências. Visto que, o atendimento e as carências de abrangência são verdadeiros desafios. Já que, de um modo geral, o nível de abrangência do Programa deixa muitos usuários à margem, o que impede um funcionamento contínuo e preventivo de suas ações. Assim, o trabalho que é para ter uma perspectiva preventiva, muitas vezes atua de uma maneira curativa e imediatista nas atividades que incursiona.

Daí as estratégias de visita domiciliar e de busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, vêm ao encontro da necessidade apontada segundo Vasconcelos (1999), de apoio intensivo a famílias vivendo em situação de crise, que colocam em risco a vida de seus membros, posto que a vulnerabilidade econômica e social deixam alguns membros à margem do processo de atendimento do PSF. Mas, conforme o mesmo autor, alguns municípios já tentam superar esta carência.

O diagnóstico das condições de vida e trabalho dessas famílias permite a compreensão do perfil de produção e reprodução, respectivamente, o que por sua vez possibilita a distinção e o conhecimento dos grupos identificados de maneira homogênea em função das características elencadas.

No entanto, a territorialidade proposta na estratégia de saúde da família deverá eliminar um dos principais impedimentos para a implantação de programas de visita domiciliária em serviços de saúde, que é a não ausência de um meio de transporte para a locomoção da equipe.

De acordo com o Manual de Enfermagem (disponível em www.ids-saude.org.br/enfermagem), a visita domiciliar (VD) consiste numa atividade utilizada com o intuito de mediar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção à saúde da coletividade. A sua execução acontece *in loco*, na residência dos usuários, por meio de uma orientação e de uma prévia sistematização por parte do Programa.

Alguns pressupostos que orientam esta ação do PSF:

→ Nem toda ida ao domicílio do usuário corresponde a uma VD. Já que, para ser considerada VD, essa atividade deve ser compreendida

à luz de um conjunto de ações sistematizadas.

- Para que sua execução ocorra devem ser usadas técnicas de entrevista e de observação sistemática.
- A realização de uma VD exige um profissional habilitado e com capacidade específica para esta ação.
- Na elaboração de uma VD devem ser considerados os limites e as possibilidades, a saber, conforme diagnóstico da realidade em que o profissional atua.

O perfil de atuação do PSF deixa bastante evidente a importância do assistente social nas suas ações, haja vista a implementação do mesmo exigir uma constante interação sócio-operacional, o que define claramente o serviço social em suas ações. Já que ele media diretamente a sociedade e seus conflitos, junto à busca de melhores serviços e inclusão no eixo das políticas assistenciais, a perspectiva ideológica, que é delineada no Programa, deixa à margem a característica ideológica de prevenção, norteando-se apenas em práticas rotineiras e imediatas do ponto de vista operacional.

Daí o delineamento desses conflitos e a ocultação das inúmeras insuficiências colocam o assistente social fora desses parâmetros de trabalho. Visto que uma das maiores alegações está na alocação dos recursos financeiros do programa, que se direcionam para a prática daqueles profissionais que, de modo algum, podem estar alheios ao Programa, como é o caso do médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde.

A implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) tem deixado claro os imensos vazios de oferta de serviços no território nacional. Os atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médica sanitária têm levado a um crescente sucateamento da precária rede assistencial existente e à busca de inexistentes fontes alternativas de financiamento. A subremuneração dos profissionais de saúde e a salientada precariedade de suas relações trabalhistas têm fortemente diminuído a sua adesão ao SUS (NORONHA E SOARES, 2005 p. 08).

Mas frente aos impasses enfrentados são elencadas pelo Programa algumas

atribuições comuns a todos os profissionais que colaboram diretamente com ele, conforme o Manual Operacional do Programa:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais se tornará responsável.
- Identificar os problemas e as situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta.
- Elaborar, junto com a comunidade, um plano local de trabalho.
- Executar, de acordo com as habilidades de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde.
- Valorizar a relação com o usuário e com a família.
- Realizar VD de acordo com o planejamento feito pela equipe.
- Resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica.
- Garantir o acesso ao atendimento de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade.
- Prestar assistência integral à população adstrita, de forma contínua e racionalizada.
- Coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde.
- Promover ações intersetoriais com parcerias com organizações formais e não-formais presentes na comunidade.
- Fomentar a participação popular, em discussões com os conselhos locais de saúde e com o Conselho Municipal de Saúde.

O SERVIÇO SOCIAL E O PSF: REFLETINDO ACERCA DA NECESSIDADE

A relação do serviço social e o Programa de Saúde da Família vem sendo discutida ao longo do tempo por seus profissionais. A categoria luta pela inserção para poder atuar na área da saúde como uma prática educativa e capaz de contribuir com o crescimento e os bons resultados da mesma.

No entanto, o perfil profissional do assistente social é capaz de proporcionar uma significativa resposta às ações do PSF. No sentido de edificar o papel educativo, preventivo e de mediador, apresenta-se, sobretudo, para consorciar um diálogo entre

o fazer e o saber-fazer, junto à população usuária, na perspectiva de sensibilizar a mesma, a fim de conduzi-la para um estado de conforto e de crescimento, no que concerne à saúde como um todo, ou seja, nos seus aspectos sociais, físicos e mentais.

Frente a uma perspectiva integradora do Programa, conforme o Ministério da Saúde (2002), o PSF tem suas ações orientadas pelos seguintes pressupostos:

- Integralidade – visa a garantir a atenção integral aos indivíduos e as famílias através de ações que buscam promover, prevenir e restabelecer a saúde do indivíduo.
- Hierarquização – esse princípio se justifica na própria assistência da atenção primária enquanto nível que, sendo interligado aos demais níveis, garante a atenção integral aos indivíduos e famílias encaminhando-os, quando necessário, a uma assistência de maior complexidade tecnológica.
- Territorialização e adscrição da clientela. A atuação das equipes de PSF dá-se numa área de abrangência definida. Essa delimitação deriva da organização da atenção primária dentro de territórios que possuem proximidade física e social entre as equipes de saúde e a comunidade dessa área.
- Equipe multifuncional – o Programa é operacionalizado por equipes compostas por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde. Lembrando que de acordo com as necessidades e possibilidades locais, outros profissionais poderão ser inseridos no Programa. Cada equipe tem por meta prestar assistência a até mil famílias, sendo responsável pelo cadastramento destas, além do diagnóstico de suas características sociais demográficas e epidemiológicas.

No entanto, frente aos desafios colocados pelo Programa, o assistente

social se insere como um produtor, e seus usuários como consumidores diretos dos serviços prestados por esse profissional, que tem como objetivo central atuar sobre a questão social.

Pois,

O Serviço Social é uma profissão que tem características singulares. Ela não atua sobre uma única necessidade humana (tal qual o dentista, o médico, o pedagogo...) nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe. Sua especificidade está no fato de atuar sobre todas as necessidades de uma dada classe social, ou seja, aquelas formadas pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade (NETO e CARVALHO, 1996, p. 52).

Já que possui as seguintes competências:

Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares, bem como, orientar indivíduos ou grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos³.

Dessa forma, o assistente social é capaz de atuar junto ao Programa. Visto que legalmente é respaldado, além de que, epistemologicamente, a profissão está orientada pelo eixo teórico-metodológico de intervir junto às políticas sociais.

Contudo, o interesse nesse contexto é reconhecer que uma das características mais propícias das políticas sociais brasileiras, entre elas a da saúde, tem sido o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos sociais mais vulneráveis, contextualizando o que foi descrito por Ramos (2000) de focalização espúria.

Nesse contexto, a década de 90 é delineada pela adoção de algumas estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam

³ Lei nº 8.662, art. 4º de junho de 1993, que regulamenta a profissão do Serviço Social (SOUZA, 1995, p. 44).

os segmentos mais vulneráveis da sociedade. Nessa perspectiva, o contexto está marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, a que ganha força, à perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centralizadores, respaldados pela focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais.

Assim, dentro desse quadro, o PSF é tido por alguns como uma medida fortemente delineada pelo seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, orientados a grupos populacionais pobres e marginalizados.

Tal concepção parte da perspectiva de que o PSF não tem logrado muitos êxitos e inovações junto ao SUS, já que, por sua vez, tem contrariado um princípio de integralização, pois se constata que o acesso à assistência médica ainda se encontra de maneira precária, seletiva e excludente, sobretudo.

Todavia, parece ser necessário relativar e problematizar noções como o caráter regressivo e iníquo de ações e programas focais, à medida que a focalização tende a assumir um caráter altamente positivo ao se constituir uma condição necessária de garantia de acesso aos setores sociais excluídos. Nessa perspectiva, o grande desafio, salienta Barros (1996), está em compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais, como é o caso da definição de uma cesta básica para o setor.

É nesse contexto que se deve situar a discussão em torno da equidade no interior do PSF. O PSF se depara com o dilema entre a perspectiva da racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social. Essa discussão remete, de um lado, ao contexto no qual se dá sua formulação, marcado pela introdução de uma série de inovações na política de saúde brasileira, e de outro, à forma com o programa vem sendo implementado nos diversos municípios, o que tende a conferir contornos diversificados em cada arena local (SENNA, 2002, p. 08).

Assim, a focalização do processo inibe a ação de equidade, isto é, da justiça social,

à medida que prioriza uma dada clientela e relativa a um contexto de ações onde deveria ser incluída. Nesse sentido, o Serviço Social, possui um engajamento dentro das políticas sociais no que concerne ao PSF, visto que promoveria dentro das suas competências a devida integração e promoção desse processo de efetividade de políticas sociais, a fim de garantir a equidade dentro dessas ações.

Já que nesse sentido vale destacar não apenas o papel corporativo da profissão, mas, sobretudo, as contribuições que esse profissional é capaz de oferecer junto ao Programa com a finalidade de atender a atenção integral à saúde, visto que, considera-se o serviço social possui dor de um comprimento ético-político.

Conforme o CFESS (1993), "com a democracia, a liberdade e a justiça social", o serviço social tem como objeto de trabalho a questão social e suas implicações, que estão formatadas dentro do contexto teórico-metodológico que habilita a formação desse profissional, no eixo técnico-operacional, delineado pela formação universitária.

Assim, o entendimento torna evidente a relevância de incorporar esse profissional à equipe do PSF, como uma estratégia de inquirir a atuação e efetivação da política social pública de saúde, a fim de integrar tal perspectiva a um contexto de equidade, de crescimento, de desenvolvimento e sobretudo de inclusão social, já que o caráter seletivo das políticas sociais infere uma contradição no eixo norteador desse processo.

Tendo como base a perspectiva teórico-metodológica da formação da profissão, as diretrizes estabelecidas pelo SUS na estratégia do PSF, o Código de Ética do Serviço Social e a Lei que regula a profissão, além de uma experiência vivenciada e desenvolvida em Campina Grande/PB, junto à UEPB (Universidade Estadual da Paraíba), foram constituídas de maneira coletiva, por esta constituição, algumas atribuições do assistente social para o PSF, assim como os demais profissionais já possuem, a saber:

→ Encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos

- direitos de cidadania.
- Prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social.
 - Desenvolver ações socioeducativas e culturais com a comunidade.
 - Identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população.
 - Identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade.
 - Contribuir para a capacitação e formação de conselheiros(as) de saúde e de outros sujeitos sociais.
 - Discutir de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam.
 - Elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Programa de Saúde da Família.
 - Realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família.
 - Emitir laudos, pareceres sociais e prestar informação técnicas sobre o assunto de competência do Serviço Social.
 - Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do PSF.
 - Acompanhar, na qualidade de supervisor(a) de campo, estagiários(as) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica.
 - Sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social no PSF.

Frente a tais atribuições, a conquista do espaço profissional para o assistente social consistiu numa complexa tarefa de conquista de espaço e de legitimação da profissão. Haja vista o papel educativo proposto em algum item anteriormente citado, remete a uma indagação concreta

acerca de uma inversão de papéis no Programa. Já que o agente comunitário de saúde é legitimado a desempenhar tal papel como também o de fazer o diagnóstico da população.

Assim, alguns empecilhos advêm de um processo de conquista profissional. O assistente social, para garantir seu espaço, necessita se interrelacionar numa constante atividade educativa e sensibilizadora, pois, desse modo, sua atividade aparece como eixo norteador de um conjunto de relações sociais, capazes de mediar conflitos e de promover e prevenir saúde e doença.

Dessa maneira, o assistente social é motivado a lutar junto à representação de sua categoria profissional para permitir que sua função social no Programa seja legitimada e não seja confundida, a fim de possibilitar uma abertura no mercado profissional, além de mostrar sua importância frente à questão social e seus desdobramentos no seio da sociedade.

O assistente social consiste num meio propulsor de equidade, de democracia e de garantia de direitos sociais, que foram adquiridos frente a um processo de lutas e de enfrentamentos junto a um Estado e a um regime social excludor acima de tudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o Serviço Social como foco de uma política social consiste numa tendência central no eixo de enfrentamento da profissão. No entanto, o amadurecimento desse processo vem acontecendo ao longo da trajetória histórica do Serviço Social. Pois a profissão está inserida numa linha que vai se moldando a partir dos condicionantes históricos-metodológicos de uma determinada realidade. Na esfera da saúde, o Serviço Social em sua história teve seu espaço permitido principalmente nas instituições sociais na época do denominado Estado de Bem-Estar Social ou Welfare State.

Mas com o passar dos anos, a área da saúde foi se redirecionando e hoje o PSF é o maior empregador desta área. Contudo, o referido Programa ainda não abriu suas portas para o Serviço Social e suas ações no mesmo, quando há, se limitam a um trabalho paralelo e muitas vezes distante da real função que o assistente social deve exercer.

Cortez, CELATS, 1998.

_____. **Renovação e conservação no social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, CELATS, 1997.

KARSCH, M. M. S. **O serviço social na era dos serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

KISNERMAN, N. **7 estudos sobre serviço social**: São Paulo: Cortez, 1980.

KLEIN, A. F. **Serviço social através do processo de grupo**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1975.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

_____. **Ditadura e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A. Política de saúde no Brasil nos anos 90. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2. Rio de Janeiro, 2001.

PÉREZ (Org.). **Serviço social e meio ambiente**. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, C. A. **Programas sociais, trajetória temporal do acesso e impacto distributivo**. Texto para discussão 771. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. In: **Cad. Saúde da Família**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento). 2002.

SILVA, M. O. da S. e. **Formação profissional do assistente social**. São Paulo: Cortez, 1984.

SOUZA, M. L. de. **Serviço social e instituição: a questão da participação**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, F. J. S. (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.

TELLES, V. S. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Ed. 34, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **A priorização da família nas políticas de saúde**. Saúde em Debate, 1999.

VIANA, A. L. e DAL POZ, M. R. A. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, n. 08, 1998.

VICENTINO, C. **História geral** (volume único). São Paulo: Scipione, 2000.