



O TRABALHO COM AS DEMANDAS SOCIAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE BRASILEIRA SOB O OLHAR DO SERVIÇO SOCIAL

Michelly Laurita Wiese¹

Introdução

A saúde sempre suscitou uma série de estudos e análises, seja enquanto política social, suas bases ideológicas ou das práticas profissionais. Para isso, entende-se que a saúde é uma expressão da questão social, pois se encontra no jogo das forças contraditórias que caracteriza a sociedade capitalista, que opera em seu interior propostas e modelos que estão em constante embate em busca de sua hegemonia. E, como defende Pereira (2001), também se caracterizam como formas de embate político determinado pela relação capital e trabalho.

A saúde brasileira é considerada um modelo a ser seguido por vários países, ao tratá-la como direito de cidadania, garantindo a sua universalidade, equidade, integralidade e o controle social. Porém, a saúde também é marcada pelos seus retrocessos, a partir do fortalecimento da política neoliberal de Estado, que reflete diretamente na condução das políticas sociais e públicas. Investimentos cada vez menores para a saúde, o incentivo para o setor privado, desenvolvendo ações focais para um público-alvo também focal.

O que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde que tem forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, destinados aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal.

Neste sentido, a reafirmação do papel do Estado frente à defesa de uma política de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental, para a construção de um projeto contra hegemônico a lógica neoliberal que leva a mercantilização dos serviços e que se “constitui o contraponto do processo de desmonte do Estado no Social” (Carvalho, 2002, p. 60).

Mas, diante de todos os retrocessos, no embate de forças políticas e ideológicas que marcam a saúde, e na dificuldade de se operacionalizar os princípios do SUS, tem-se avançado na construção e efetivação de ações que buscam legitimar a saúde como direito universal.

¹ Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social. Docente dos Cursos de Serviço Social da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) e do Centro Universitário Assunção (UNIFAI). Email: mlwiese@hotmail.com.



A consolidação de um outro modelo de saúde, não se efetiva da noite para o dia, se faz cotidianamente, entre avanços e retrocessos. Destaca-se que estes avanços e retrocessos fazem parte na consolidação da política de saúde no Brasil. É inquestionável o avanço que se teve com a garantia constitucional da saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, regulamentado pelas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990.

Neste sentido, o presente artigo busca evidenciar alguns aspectos relevantes no âmbito das práticas profissionais na saúde, em especial, no espaço da Estratégia Saúde da Família (ESF), destacando que, se atualmente, existe uma proposta de mudança do modelo de atenção à saúde, é imprescindível que se discuta o trabalho em saúde.

Desenvolvimento

No Brasil, em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar o atendimento da atenção básica em saúde e proporcionar melhores indicadores de saúde a população brasileira. Atualmente, entende-se que o PSF é mais que um programa; trata-se de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de fortalecimento da atenção básica e articulador para a mudança do modelo assistencial na saúde, com a atenção centrada na família.

A equipe de saúde da família é multiprofissional composta por no mínimo 01 médico de família e comunidade, 01 enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes de saúde da família recebem cotidianamente muitas demandas como as de saúde e doença e também as sociais.

A partir de 1996, o PSF não é mais entendido e designado como um programa, mas sim, como uma estratégia para o fortalecimento do SUS, evitando ser compreendido como uma ação paralela ao sistema de saúde.

Isto se deve a institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica a partir da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que aprova e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A referida portaria traz fundamentalmente a reafirmação da ESF como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde. Estabelece também a mudança de expressão PSF para ESF, no entendimento de que todos os programas se tornam políticas, que é muito mais estável e sustentável do que algo provisório como os programas.

Nesta mesma direção, em 2008, foi implantado os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com o objetivo de corroborar com a ampliação, fortalecimento e resolubilidade da atenção básica, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.



Com relação a diretrizes do NASF, tem-se a integralidade que é compreendida em três sentidos:

- A abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;
- As práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de;
- A organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. (BRASIL, 2008)

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento² que devem atuar em parceria com os profissionais das equipes da ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Além disso, garantir junto as equipes da ESF a integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.

Uma questão importante a ressaltar é que o NASF não se caracteriza como porta de entrada do sistema, mas atua de forma integrada à rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes da ESF a partir das demandas identificadas no cotidiano de trabalho.

O artigo apresenta parte da pesquisa de doutorado realizada em oito equipes de saúde da família sob gerência da Supervisão Técnica de Saúde (STS) da Lapa/Pinheiros, na cidade de São Paulo. Os procedimentos metodológicos se pautaram na pesquisa qualitativa com o uso da observação participante do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família e dos profissionais do NASF e, de entrevistas com estes profissionais.

A possibilidade do aprofundamento do estudo pontuou a existência de ações e políticas que ao menos evidenciam a luta constante para o enfraquecimento do modelo biomédico e fortalecimento do modelo social de saúde.

Então, ao estudar os processos de trabalho no âmbito da atenção básica em saúde, juntamente aos profissionais da ESF e NASF, este olhar sobre o modo como se trabalha na saúde não pode ser ausente da compreensão que o modelo predominante de produzir saúde é o modelo biomédico, pois este vem de encontro com a proposta neoliberal de sociedade.

Por outro lado, segmentos e sujeitos sociais da sociedade não defendem este modelo biomédico e, buscam construir outra base de legitimação para a política de saúde, que esteja voltada para um modelo social de saúde.

² Os profissionais podem ser: assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros.

E é, neste embate, de modelos que se operam cotidianamente processos de trabalho. E o conflito se instaura, pois, ou os profissionais aderem a uma nova proposta de saúde, que amplie a compreensão do processo saúde/doença, na intervenção com as demandas que cotidianamente caracterizam o seu trabalho na saúde; ou mantêm as antigas formas de fazer saúde, já cristalizadas, estabelecidas e mais fáceis de serem operadas.

Na pesquisa identificou-se várias formas de trabalhar com as demandas que chegam até a ESF e NASF. De um lado, a proposta de fortalecer a atenção básica, ampliar a intervenção profissional sob o enfoque da humanização, do acolhimento³, mas por outro lado, exige-se que os profissionais garantam e quantifiquem seus procedimentos, suas visitas domiciliares, seus grupos operativos, com o objetivo do estabelecimento de metas, para que não percam investimentos financeiros atrelados à produção.

A cobrança recai sobre o trabalhador que está “lá na ponta”, como é usualmente dito, para se referir aos profissionais que trabalham diretamente com a população e que têm ao seu alcance direto, os indicadores de saúde, doença e da comunidade.

É importante ressaltar que o conjunto das atividades dos profissionais de saúde tem que ser visualizado no âmbito das relações sociais capitalistas e, o profissional sendo concebido como um trabalhador assalariado, que tem sua inserção no mercado de trabalho marcada pela relação de compra e venda de sua força de trabalho com organismos empregadores estatais ou privados, como atualmente acontece nas Organizações Sociais de Saúde (OSS)⁴.

Percebe-se este conflito no cotidiano de trabalho dos profissionais. Entre a possibilidade de romper com o modelo hegemônico de saúde e, por outro lado, as cobranças das várias instâncias governamentais ou das OSS, cobrando produção, procedimentos, a quantificação das doenças.

Quando da análise dos processos de trabalho instituídos na ESF, constata-se que ainda se caracteriza pelo modelo biomédico, ao se deparar com as formas de acolhimento realizadas, constatando que acolhimento está no nome, mas não na ação dos profissionais, pois as demandas que chegam são recebidas pela auxiliar de enfermagem, que repassa à enfermeira, que repassa ao médico e que repassa aos profissionais do NASF.

³ O que se defende é que os usuários precisam ser acolhidos no momento em que demandam. O acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas a avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade. Merhy (2007) um estudioso sobre o acolhimento defende que as demandas de saúde devam ser usuário-centradas e, não como historicamente tem se apresentado; as demandas são definidas pelas equipes de saúde e a população usuária deve se adequar aos serviços oferecidos pelos serviços de saúde.

⁴ As Organizações Sociais foram criadas através da Medida Provisória No. 1.591 de 9/10/1997. Poderão abranger o setor de atividades não exclusivas do estado (ensino, pesquisa, tecnologia, meio ambiente, cultura e saúde), a partir da transformação de instituições públicas em pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos. Poderão assumir a forma de fundações de direito privado ou de associação civil sem fins lucrativos.



Percebe-se a dificuldade de se operar o acolhimento, como o espaço coletivo de escuta qualificada, de encaminhamentos que levem em consideração as necessidades e demandas reais dos usuários e que estes não sejam meros “pacientes” que devem pacientemente esperar o veredicto do profissional sobre seu tratamento, como se os profissionais de saúde, fossem os únicos autorizados a falar de saúde.

A partir desta concepção, as ações de saúde e as formas de acolhimento continuarão a serem desenvolvidas centradas na figura do médico, na ênfase do conhecimento fragmentado, nas práticas de grupos temáticos entendidos como espaço de discussão de doença, ou seja, centram-se na velha lógica de que saúde é ausência de doença.

Franco e Merhy (2003) apontam as mesmas preocupações destacando que a figura central do médico ainda é muito presente. Há uma preocupação maior na estruturação do programa em si, do que na estruturação de novas práticas, ou seja, dos microprocessos de trabalho em saúde. Os autores apontam como contradição interna da ESF o fato de que:

[...] se de um lado, a ESF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância a Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais que realizam um trabalho medicocentrado (FRANCO e MERHY, 2003).

Para superar este modelo, é importante no âmbito dos processos de trabalho, reconhecer o social como valor, que está presente em todas as relações, seja na política de saúde, em um diálogo com o usuário, nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflete todo um contexto social e de vida que marca este sujeito.

Isto envolve o desenvolvimento de práticas vinculadas ao acolhimento em seu sentido amplo, organizando ações usuário-centradas, ouvindo e respeitando a opinião dos usuários, enfrentar e entender que o social não é apenas um problema de difícil solução, um caso, que está isolado do contexto, mas que exige do conjunto dos profissionais, práticas que vinculem as reais necessidades de saúde de sua comunidade.

Franco e Merhy (2003) destacam esta questão enfatizando que um modelo assistencial centrado no usuário propõe, “um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leve/leveduras, com a produção do cuidado, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução”.

Acrescenta-se a proposta de Campos (2007a; 2007b) ao destacar o Método Paideia⁵, ao defender a Clínica Ampliada, que implica no desenvolvimento do apoio matricial⁶ e do projeto terapêutico⁷, sem desconsiderar um sujeito social importante, o próprio usuário. Enquanto os profissionais não considerarem o usuário como sujeito central de seu trabalho ao invés da doença, os processos de trabalho tradicionais perpetuarão na saúde. Neste sentido, destaca-se que:

Clínica do sujeito? Sim uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências. No entanto, a medicina não somente trabalha como uma ontologização das enfermidades – as doenças são o verdadeiro objeto de trabalho da clínica -, como acaba por tomar as pessoas por suas doenças. Seria como se a doença ocupasse toda a personalidade, todo o corpo, todo o Ser do doente. Seu João da Silva desapareceria para dar lugar a um psicótico, ou a um hipertenso (...) (CAMPOS, 2007b, p. 56).

Isto exigirá, para os profissionais o entendimento de que o objeto de sua ação é a produção do cuidado por meio da qual se atinge a cura e a saúde e que todo profissional é um trabalhador da saúde, destacando que:

Isto pode ser real, se pensarmos que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de

⁵ O método da Roda ou Paideia procura incluir o Sujeito no trabalho em saúde. Fazer Saúde Coletiva com as pessoas e não sobre elas. Para isso é fundamental produzir-se um aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos (CAMPOS, 2007b, p. 26).

⁶ Formulado por Campos (2007a), o apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada. A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, em que as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença e intervenção de cada usuário. (CAMPOS, 2007a).

⁷ A princípio, quando uma equipe ou profissional de apoio matricial (NASF), se encontra com uma equipe de referência (equipes da ESF), o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de uma intervenção, à qual a equipe de referência, também, a princípio, teve dificuldades. Essas dificuldades podem ser de diversas ordens, relacionadas a alguma tecnologia (abordagem, de relação, de intervenção, etc.), que a equipe enfrenta diante de um caso considerado complexo. “Dessa forma, a aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde de um sujeito individual ou coletivo” (OLIVEIRA, 2008, p. 274).

produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (FRANCO e MERHY, 2003).

Pensar práticas profissionais vinculadas ao social, na sua perspectiva ampliada, requer a reorganização do processo de trabalho que supere ações e saberes médicos como centralidade dos modos de fazer assistência. A proposta deve estar vinculada, a partir da “estrutura assistencial e a partir de equipes multiprofissionais”, além da necessidade de uma “ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorre no ato mesmo da produção de saúde” (FRANCO e MERHY, 2003).

Neste sentido, a proposta da ESF e NASF, enquanto estratégia e fortalecimento da atenção básica pode ser os mentores e possibilitadores da construção de novos conceitos e práticas que possam garantir efetivamente um modelo baseado na construção social da saúde, não se vinculando à ideia e prática de saúde para pobres, eminentemente focalista e de superação das carências, mas que sua estratégia poderá ser fortalecida e fortalecedora dos princípios do SUS.

Reforça-se que as práticas profissionais devem estar atreladas à integralidade das ações e reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, “providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social” (MENDES, 1996, p. 278).

Já se assinala outras formas de entender este processo, quando profissionais médicos já destacam que a equipe da ESF não é o médico, é a equipe, que saúde não é medicamento, exame, mas é prevenção, é acompanhar a família longitudinalmente. Isto reflete no campo da formação profissional, que também está se sentindo obrigada a rever suas bases educacionais, formando profissionais qualificados a olhar as demandas e necessidades que surgem no cotidiano de trabalho. Atualmente não há como só olhar para a doença que se manifesta fisicamente num corpo doente, sem olhar para o contexto em que esta doença se expressa.

Outro aspecto importante foi acompanhar as reuniões de equipe, perceber as demandas e necessidades que se expressam neste espaço de trabalho, pois é o tempo da socialização, da escuta entre os profissionais, da resolução de encaminhamentos, de angústias, de esperanças ou da acomodação. Mas também é o espaço da cobrança, da sistematização dos dados que devem ser traduzidos em estatísticas da equipe, mas também é o espaço da mudança, é o espaço para as demandas de saúde e as demandas sociais.

As reuniões são espaços riquíssimos da construção do projeto terapêutico, da discussão da clínica ampliada, do apoio matricial e que atualmente traz um sujeito novo que são os profissionais do NASF, que vem fortalecer as equipes da ESF para lidarem e ampliarem



seu olhar e sua intervenção frente à realidade social que caracteriza sua ação profissional cotidiana.

São dois anos de implantação do NASF, em âmbito nacional e municipal, algo recente dentro do tempo histórico, mas que mostra alguns resultados, intenções, desafios e possibilidades reais de fortalecimento da ABS e construção coletiva do modelo social de saúde.

Isto também conduz a refletir sobre as demandas sociais, ou como destacado, o social na saúde, ao se pensar que a ESF tem como proposta concretizar outro modelo e política de saúde, que despreza o entendimento de que saúde é ausência de doença. Então, como fica no espaço de trabalho cotidiano dos profissionais, todas as outras demandas que não são as doenças físicas, mas que os usuários encontram na saúde o espaço para verbalizar, sofrer, pedir socorro quando a vida deles não vai bem.

Como os profissionais trabalham com aquela criança que tem desnutrição porque não tem o que comer, porque os pais estão desempregados; como trabalhar com o idoso que está sendo maltratado pela família e, não consegue se defender pelas suas limitações da idade; como reagir frente à adolescente que quer saber se pode engravidar se for estuprada? Foi pensando nestas situações que denominou-se de demandas sociais.

Não existe um remédio para isso, não existe um exame clínico que vá dar conta destas demandas e, os profissionais no momento em que se colocam como referência e vínculo para os usuários, como estes estão preparados para lidarem com isso?

Evidenciou-se ao longo da pesquisa a importância do trabalho intersetorial e interdisciplinar, pontuou-se a possibilidade de trabalhar com este social, com estas demandas sociais através da clínica ampliada, do acolhimento, que hoje ganha espaço ao se instituir a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Humanização, uma conquista com certeza quando se pensa nos avanços que o SUS tem garantido.

Identificar a existência de profissionais não tradicionais para o campo da saúde, como o educador social, ou a possibilidade da prática da medicina alternativa, mostra que nas brechas do modelo biomédico, há espaço para a consolidação do social na saúde.

A intersetorialidade é um elemento fundamental na construção e efetivação, tanto do modelo assistencial quanto dos processos de trabalho dos profissionais em saúde, pois a realidade social se apresenta cada vez mais complexa, exigindo que as políticas públicas se articulem entre si para poder responder satisfatoriamente as necessidades dos sujeitos/usuários das políticas.

Mendes (1996) inclui a intersetorialidade como um elemento essencial da vigilância da saúde e destaca que os problemas não podem ser resolvidos na perspectiva unisetorial, pois exigem um conjunto articulado de operações, organizações intersetorialmente.

Costa (2000), también, refleja sobre la importancia de la articulación de las políticas públicas, pues permite la identificación y la producción de información acerca de la relación entre condiciones de vida y de trabajo y el tipo de enfermedades que estas producen. O sea, “recolocaría la salud como problemática colectiva y participe del conjunto de las condiciones de vida, superando a su histórica organicidad con las enfermedades, segundo la óptica de la clínica anatomopatológica y su enfoque curativo e individual” (p. 42).

Entonces, la intersectorialidad debe buscar la unidad de hacer que está basada en el vínculo, en la reciprocidad y complementariedad en la acción humana, que no se caracteriza por la “convocatoria de la acción multisectorial porque, esta, es constituida por la mera justaposición de dos o más sectores sin integración conceptual y metodológica entre ellos” (MENDES, 1996, p. 252).

En esta dirección, el desarrollo de la intersectorialidad en el ámbito de las prácticas de salud posibilita y ampara a los profesionales a atender a los usuarios de forma eficaz, porque conduce a ver a este sujeto como portador de necesidades y derechos que podrán ser atendidos no únicamente y exclusivamente por la política de salud, sino por las demás políticas integradas intersectorialmente.

En la investigación, se encontraron algunos testimonios que expresan la dificultad del trabajo intersectorial en la salud. Muchas veces los ACS y los demás profesionales, prefieren recurrir a los recursos de la comunidad, como escuelas, iglesias, comercios locales, de los que accionan programas y proyectos de otros sectores, públicos, pues el retorno y la efectividad en el servicio de las demandas son ineficientes.

La escuela, la iglesia, el comercio local, entre otros, son recursos importantes y deben ser potencializados en el espacio de la ESF, pero esta red de apoyo no va a garantizar la universalidad del servicio y de las demandas que caracterizan a la salud. Es en el espacio público que la política de salud se hace efectiva y gana dimensión universal, atendiendo a la necesidad de todos y, no solo, a una parte de la población.

Retomando la discusión sobre el trabajo con las demandas sociales, se entiende que el profesional de Trabajo Social tiene una formación específica que le confiere la propiedad de mirar lo social y el derecho, buscando conjuntamente con los demás profesionales la construcción de prácticas vinculadas al social en su sentido más amplio porque tiene en la cuestión social la base de su fundación como especialización del trabajo.

En el campo de la interdisciplinariedad tiene mucho que contribuir con el equipo, al discutir y construir acciones colectivas, contribuyendo para que los profesionales que tienen en su base una formación orientada a la enfermedad, puedan percibir e identificar lo social de forma ampliada y, no de forma desesperanzada o desesperadora, como la situación de la visita domiciliar realizada por el médico a las familias en situación de extrema miseria y vulnerabilidad social, que al constatar esa demanda social, solo consiguió encontrar una forma de resolver el problema: a través de la medicalización de esa demanda.



O desafio que se coloca então para os profissionais de Serviço Social é desenvolver a capacidade de desvelar a “realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 1998, p. 27).

Constata-se que a inserção dos assistentes sociais na saúde é cada vez mais requisitada pelas instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis e apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. Esta constatação pode ser evidenciada ao encontrar o profissional de Serviço Social na equipe do NASF, embora com uma demanda de trabalho muito mais expressiva que outros profissionais ao ter que trabalhar com as dezoito (18) equipes que compõem a STS Lapa/Pinheiros.

A objetivação do trabalho do Assistente Social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma diversidade de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com amplas e diversificadas demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde.

Assim, pode-se afirmar que o Assistente Social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e com as demais políticas sociais setoriais, constatando que o seu “principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos os mais tortuosos – a integralidade das ações” (Costa, 2000, p. 62).

Dada a característica do profissional de Serviço Social, de trabalhar no âmbito da integralidade das ações, defende-se que o Assistente Social, é um articulador interessante junto aos ACS, pois são estes profissionais que identificam as demandas sociais, em razão de sua natureza profissional, que tem um contato direto com a população e estão diretamente inseridos na comunidade em que trabalham.

Os ACS na equipe da ESF estão sob a coordenação das enfermeiras e sentem a necessidade de um espaço para lidarem com suas angústias, receios, dificuldades que encontram ao realizar seu trabalho, principalmente quando se deparam com as demandas sociais e, que os momentos de supervisão com a enfermagem não tem garantido esta necessidade.

Abre-se, inclusive, um leque de possibilidades, ao ampliar a própria dimensão do trabalho dos profissionais do NASF, pois há uma preocupação que os profissionais fiquem novamente restritos ao atendimento das demandas específicas de cada área. Inclusive, uma questão já levantada pelo psiquiatra do NASF quando fala que há uma pressão pelos profissionais da ESF e da comunidade que atendam às demandas específicas. Ou seja, fica, novamente o psiquiatra cuidando da saúde mental, o fisioterapeuta atendendo demandas de fisioterapia, etc.

Reforça-se o posicionamento de que não é de despir da especificidade que cada profissional tem no conjunto dos profissionais do NASF, mas que estes conhecimentos

específicos possam dialogar, ampliar o leque de atuação e que possam cumprir com a meta que se identifica como a principal: o fortalecimento da equipe básica de saúde.

Conclusões

Caminhando para a finalização e, retomando a discussão do social na perspectiva do direito e da carência, expressa-se aqui o posicionamento de que o social sob a perspectiva do direito só se efetivará quando a política de saúde brasileira for defendida e efetivada como política de direito e de cidadania, se o modelo biomédico for substituído pelo modelo social de saúde, se os processos de trabalho em saúde ampliarem o olhar sobre o processo saúde/doença e que percebam que as demandas que caracterizam a saúde não estão somente vinculadas às demandas de doença, mas que as demandas sociais também integram o trabalho dos profissionais da saúde.

Defender o social na saúde é considerar ações que valorizem o processo da humanização com o estabelecimento da clínica ampliada, do acolhimento, do apoio matricial, do projeto terapêutico e que esteja na centralidade do atendimento a saúde: o usuário, que este possa ser percebido e respeitado em suas necessidades e, que em muito momentos, estas demandas não serão de doença, mas serão as sociais e, que este usuários veem na equipe de saúde a sua referência, o seu vínculo e que ambos, tanto os profissionais como os usuários possam construir propostas coletivas para a discussão e encaminhamento das necessidades e demandas expressas na saúde.

Que cotidianamente se possa perceber que o modelo biomédico está atrelado à visão restrita de saúde e social, que mascarará as reais necessidades da população em suas necessidades de saúde, que não trabalha com a universalidade da saúde e que entende às demandas sociais como problemas de difícil solução, e que apenas se minora estas questões, mas que não há solução para elas.

É preciso ter claro, que a o modelo biomédico e a perspectiva neoliberal anulam as falas populares e desmoralizam as demandas sociais. Concretamente, não é interesse que se publicize espaços de discussão que garantam as falas populares, ou seja, remetendo-as aos espaços dos conselhos, não são considerados nesta perspectiva e a ação focará para a sua extinção.

Nesta direção, as ações voltadas para o controle social necessitam ser o foco de atenção de todos os profissionais de saúde, devendo ser entendidas como uma demanda social importante para a saúde. Estas ações caracterizam-se pela criação de vínculo e do entendimento das necessidades da comunidade.

Neste sentido, para a efetivação do modelo de produção social de saúde entende-se que a discussão do social se faz imprescindível. A temática necessita ser discutida, ampliada



e publicizada para que se garanta uma política de saúde de fato embasada em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O discurso atual fortemente marcado pelo desmonte do social, conduz que se reforcem ações pautadas nos princípios acima citados, pois na perspectiva neoliberal, responsabiliza-se o mercado e a sociedade (famílias, vizinhos, amigos) pela provisão do social.

Estes arranjos, nas palavras de Pereira (2001), entre mercado, sociedade e Estado visa de fato a criação de uma “via para a privatização das políticas públicas com o conseqüentemente desmonte dos direitos sociais [...]” influenciando diretamente sobre a política de saúde.

Estar inserida na realidade da ESF, evidencia que mesmo frente às dificuldades e limites concretizados nas práticas, os profissionais buscam compreender formas de ação pautadas em uma nova estratégia de fazer saúde. É um caminho a ser construído. Incorporar o novo não é fácil, pois remete ao desconhecido que gera ansiedade e medo, pois o estudo também evidenciou que a realidade social e dos usuários que procuram os serviços de saúde é complexa.

Neste sentido, para se garantir uma política de saúde pautada no modelo de produção social da saúde, urge que outros olhares profissionais estejam vinculados à prática de saúde. As profissões que compõem, atualmente, as ESF são tradicionalmente vinculadas ao olhar da doença, como constatado concretamente nas práticas desenvolvidas pelos profissionais: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. O agente comunitário de saúde como um profissional que vem se inserindo no campo da saúde, evidencia toda uma problemática de sua formação.

Por isso, ao se entender que saúde não é apenas ausência de doença, estes outros olhares possibilitarão num processo coletivo e conjunto, com os profissionais tradicionalmente formados a trabalhar na área da saúde, a construir novos processos de trabalho embasados no real objeto da saúde que é o cuidado.

O indicativo desta sugestão se pauta quando se constata que o social, uma categoria essencial na saúde, é entendido pelos profissionais como algo marginal que se reflete nas práticas com ações focais e fragmentadas.

A ansiedade dos profissionais, com relação ao Assistente Social, para trabalhar com as demandas sociais, também, é entendida como um indicativo de que os mesmos talvez estejam querendo demonstrar que é necessário frente à complexidade da realidade social, um olhar não centrado na doença.

Entende-se que é um desafio, mudar os processos de trabalho, há tanto tempo enraizadas pelo modelo biomédico. Isto também é compreensível, pois todo processo de mudança, se dá a passos lentos e conflituosos.



Enfim, concluindo-se, estes são alguns aspectos que buscam evidenciar a importância desta temática para a realidade em que se insere a política de saúde e as práticas profissionais.

Referências Bibliográficas

- **BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 e republicada em 04 de Março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: MS, 2008.
- **BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. Cria a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paideia**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2007b.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2007a.
- CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. In: **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, v.6, no.1, p.41-66, jan/jun.2002.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. Ano XXI, no. 62, mar, 2000.
- FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php/>. Acesso em: 10 fevereiro 2003.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª. Edição. São Paulo: Hucitec, 2007.



- OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (ORGs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social, Serviço Social e Direitos de Cidadania. In: **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS** - Temporalis. Brasília: ABEPSS/Grafline, Ano II, no. 3, jan/jun, 2001.