



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL – ESS

ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS PELO SERVIÇO
SOCIAL E REDE DE APOIO

LEONARDO KLEM

Rio de Janeiro
2021

ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS PELO SERVIÇO SOCIAL E REDE DE APOIO

Monografia apresentada ao Curso de Graduação da Escola de Serviço Social - ESS, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção de grau ao término do curso de graduação de Serviço Social.

LEONARDO KLEM

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Rosana Morgado

Rio de Janeiro
2021

"Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade"

Raul Seixas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1- Estado e Política Social no Brasil	8
1.1- A luta e organização dos trabalhadores	12
1.2- Processo histórico no Brasil	15
2. A Política de Saúde no Brasil	18
2.1. A histórica relação entre política de Saúde e o Serviço Social no Brasil	21
3- Três Experiências de Estágio em Saúde	29
3.1- Maternidade Oswaldo Nazareth - PSF Programa Saúde da Família e PSF de Rua	34
3.1.1- Agentes complementares da saúde PSF de Rua	35
3.1.2- Observações e análises no estágio	35
3.2- Hospital Maternidade Alexander Fleming.	37
3.2.1- Observação e Análise no estágio	40
3.3- NASF – NAGIB JORGE FARAH	45
3.3.1- Agentes Comunitário de Saúde complementares da Estratégia Saúde da Família	47
3.3.2- Observação e análise no estágio	48
3.3.3- Aspectos institucionais sobre o NASF	49
Considerações finais	51
Referências Bibliográficas	54

INTRODUÇÃO

Foi durante o percurso de estágio que despertei curiosidade em relação à teoria e prática no Serviço Social, pois foram nos momentos de acompanhamento do profissional no seu trabalho que tive maior interesse pela relação entre o que se absorvia na Academia e o que se utilizava e se aplicava na realidade de uma instituição de saúde.

A partir das experiências vividas em maternidades na ocasião no Hospital Maternidade Alexander Fleming e Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth e também no CMS Nagib Jorge Farah, pude espraçar ideias relacionando-as com as atividades, as tarefas diárias e as supervisões de estágio, com todo um conteúdo de leituras sobre a dimensão técnico operativa e sobre as próprias mediações profissionais, estabelecidas em meio a problemática: “demandas x situação institucional”.

Buscamos apresentar aqui uma análise sobre a atuação profissional de assistentes sociais no Sistema de Saúde Brasileiro, o SUS, um dos mais completos existentes no mundo, mas que possui questões a serem analisadas. Ainda que seja uma política estatal ancorada na Constituição como integrante de sistema de proteção social da Seguridade Social pública, sua realização depende da gestão de governos. Os governos se alternam e assim, tanto modelos administrativos como leis que regem tais estruturas, podem ser reformuladas ou mexidas e podem caminhar tanto em direção que contribuam para o sucateamento, como para uma valorização do sistema. Sendo assim, há a necessidade de propostas a serem discutidas e aplicadas.

Falo aqui de um ritmo elevado de atendimentos para o profissional, principalmente na saúde geral na atenção básica, o que influencia na forma de atuação de algumas áreas profissionais, algumas dessas por exemplo, necessitam de maior tempo de análise por lidar com questões complexas. Tais questões envolvem implicações da vida social, que precisam ser absorvidas e compreendidas por um Serviço Social que já naturalmente lida com muitas demandas durante atendimento geral, o atendimento a demandas avulsas ou no acolhimento etc., o que por vezes, causam certo imediatismo na atuação, prática profissional.

É notado que esse processo do imediatismo no trabalho do Assistente Social também está relacionado de algum modo, à certa camada institucional que pela correlação de forças até mesmo interna, faz recair certas pressões burocráticas organizacionais sobre ações do Assistente Social. Este que está sujeito à rotatividade de rotinas e atendimentos e é subordinado a uma

direção e gestão da unidade, geralmente composta por áreas profissionais estanques das profissões que fazem o trato com o social, ou até mesmo distante das áreas médicas. Sabe-se também que tal processo imediatista no atendimento é minimizado em outros níveis da saúde, como a secundária ou a terciária, devido à questão da internação, permitindo maior contato com a família do usuário nas visitas e por presumir menor rotatividade/alternância entre usuários.

Tais questões vêm trazendo cada vez mais a necessidade de valorização e dependência sempre renovada dos materiais consultivos do profissional de Serviço Social como, por exemplo, o diário de campo, ferramentas estas que complementam as orientações em saúde. Também podemos citar os materiais de produção teórica que o profissional produz para cada intervenção, enfim, informações dispostas nos documentos de manuseio para que possa haver a tomada de postura sempre ética e resolutiva para a resposta às demandas acolhidas. Respostas que merecem sua devida atenção e importância por se tratar de vidas.

O uso dos registros e relatórios reforça a atuação profissional e agora com um fator novo para responder às inquietações aqui apontadas sobre a necessidade de haver formas de acompanhamento humano em continuidade, acompanhamento das situações sociais e médicas vividas no cotidiano do usuário em seu convívio comunitário. A ideia é que não se interrompa o vínculo com o profissional mesmo o usuário já estando fora daquele atendimento. Entende-se que com esses novos modelos de acompanhamento intracomunidade, intraespaço do lar, que são as redes de apoio complementar, possam, mesmo com a alternância de governos, se adaptar em setores gerenciais.

No Capítulo 1 analisaremos o desenvolvimento da desigualdade social resultante do processo socio produtivo, a relação do Estado burguês com as políticas sociais, a divisão do trabalho nas fábricas, a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, as relações de trabalho e os direitos trabalhistas. O significado da situação insalubre nos conglomerados de casas das famílias de trabalhadores e o início da necessidade de direitos de melhor saúde e garantias do trabalhador, chegando até a Constituição Cidadã de 1988. Ainda serão abordados a crise econômica e a necessidade de assistência a população pobre e as mudanças na legislação da Assistência Social.

No Capítulo 2, enfatizaremos a importância do SUS e a perspectiva de proteção estatal a sociedade, mais dignidade e igualdade de direitos aos vulneráveis, pacto de direitos públicos, contribuições sociais como fonte de custeio da saúde artigo 196 da Constituição Federal, a

descentralização com direção única, a universalização da saúde, o atendimento com prioridade para as atividades “preventivas”. Analisaremos ainda o Serviço Social como prática institucionalizada demandada pelas classes dominantes, destacando as contradições que perpassam a política de saúde.

No Capítulo 3, serão problematizadas as experiências de estágio, buscando fornecer pistas para os inúmeros desafios enfrentado pelo Serviço Social nos diferentes espaços de atuação no campo da saúde.

1- Estado e Política Social no Brasil

O desenvolvimento da desigualdade social que se dá como resultante do modelo produtivo baseado na acumulação do capital faz confluir no surgimento de uma problemática dentro das estruturas que incorporam o mesmo modelo. Essas estruturas revelam o conflito entre o proletariado e o capital, exemplificando a “ questão social”, a partir da centralização do controle dos bens de produção pelas mãos de poucos os industriais e que como fase desse processo aparece a estratificação do trabalho em linhas ou células de atuação, células divididas por áreas da produção. A partir daí diversos problemas se evidenciam por envolver direitos de uns em relação a outros, dessa manifestação a partir da politização o que faz produzir a divisão de classes sociais, e como cerne de tal processo estava por exemplo a simplificação dos processos produtivos.

No contexto atual, o trabalhador vai perder identidade e conhecimento sobre seu processo de trabalho, passando a se ater apenas a um setor, passando a ter menos importância, tão logo, mais trabalho e menos benefícios e menos poder de barganha por direitos. Uma questão então se coloca neste cenário é a necessidade de organização dos trabalhadores, da implementação e manutenção de políticas de proteção ao trabalhador e a sociedade como um todo, ou seja, políticas sociais para compensar os erros nos campos de trabalho e o significado do trabalho do assistente social, neste processo.

Cabe destacarmos alguns movimentos da sociedade em que foram se configurando o processo da relação do Estado burguês com as políticas sociais. No contexto de mundialização da economia em que a globalização das relações com o mercado se faz cada vez mais presente, se estendendo tal processo às demais frentes sejam elas políticas, culturais, sociais etc., uma conjuntura de ocorrência dos novos determinantes, motivados pela chamada financeirização dos processos de acumulação da produção, uma produção que, na medida em que veio sendo socialmente alcançada e gerada, também foi, no tempo e espaço das relações societárias, sendo acompanhada dessa gestão financeirizada, ou seja, uma gestão conduzida por grupos financeiros privados, que viriam a se tornar os gestores dinheiro produtivo. Tais questões se dão a partir de modificações no ordenamento do projeto societário vigente, ocorridas por volta do século XIX

quando se dava então a sucessão da chamada economia do capitalismo concorrencial para o capitalismo dos monopólios (NETTO, 1992), cabendo destacar que em ambos os processos a produção é socializada porém o controle dela primeiramente centralizada pelo industrial, fase industrial do capital e depois conduzida por grupos financeiros juntamente com o industrial, fase monopolista do capital.

Uma nova estruturação do capital resultante do consórcio entre o sistema industrial e o sistema financeiro mundial acaba por condicionar em resultantes econômicos e monetários voláteis, como uma forma de dinheiro abstrato originado por exemplos nas dívidas, nos juros incidentes a partir das trocas monetário-patrimoniais incluindo compras e vendas em operações de financiamento. Tal fenômeno coloca em evidência o processo de acumulação do capital a partir de quem os controla. Neste cenário, se estabelece um novo processo com a influência dos organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio, entre outros, que vão se sobrepondo aos Estados nações, às identidades nacionais e acabam por repercutir na radicalização de um desenvolvimento desigual, onde este se dá a partir e durante as relações de produção comuns ao sistema sócio econômico em questão, novas relações do trabalho produtivo com suas desigualdades pertinentes estabelecidas e que tem como seus agentes de atuação o empregador e empregado, acarretando assim no aumento da exploração das forças de trabalho. Vive-se um contexto da desregulamentação e liberalização da economia e das relações econômicas e sociais.

Este contexto de economia liberal se torna propício a novas formas de dominação política e social, pois quando investidores financeiros realizam operações de mercado nestes aspectos, passam a se tornar proprietários acionários das empresas nacionais, passando a agir independente das mesmas. Tal processo acaba ressoando em cadeia no ritmo das relações comerciais, estabelecendo novas capacidades produtivas e, portanto, maior extensão de questões relacionadas à extração de mais valia na produção, as novas formas do emprego são definidas, novas formas de gestão da força de trabalho etc.

Percebe-se que o processo acima citado também atravessa as relações sociais em si, refletindo nas formas de atuação de determinados profissionais envolvidos com tal problemática, como é o caso do Assistente Social. Tais fatores são substanciados pelo Estado Neoliberal que atua em relação conflituosa com aqueles que buscam por representatividades em relação aos seus

direitos constitucionais e pela aplicação e validade deles. Tratam-se de direitos que outrora movimentos sociais e a sociedade civil em geral haviam reivindicado, que refletem a resposta da capacidade de organização social para a construção das presentes e futuras políticas públicas e tão logo de Políticas Sociais, é nesse momento que, como resposta a tal crescimento de demandas sociais, o mercado irá se instrumentalizar e empenhar novas técnicas, novas formas de intervir na questão social.

Observa-se a importância de discutir as relações coletivas emancipatórias onde ninguém tenha apenas sua força de trabalho como virtude, mas também todas as suas habilidades e talentos. Vale também enfrentar o ofuscamento da percepção de que através dos tempos a pobreza se constituiu um fenômeno naturalizado, sem remissão às classes em disputa, pois nesta relação estabelecida por mais que se tente agarrar a riqueza mais se aprofunda a pobreza.

Tais ocultamentos acabam favorecendo a indiferença de muitos cidadãos sobre a realidade, sobre o trato da força de trabalho como mercadoria. A força de trabalho assume um duplo caráter: produz valor de uso e de troca, no entanto, é somente no dispêndio de energia humana, energia física através desse mesmo trabalho que se produz um produto, é que se cria uma mercadoria e essa mercadoria nada mais é do que o trabalho humano materializado abstratamente, sendo assim não há racionalidade pensar a própria força de trabalho como uma mercadoria .

Neste sentido, o desafio de se elucidar a “questão social“ na suas manifestações presentes é apresentado ao profissional de Serviço Social. Cabe a ele considerar a importância dos enfrentamentos que se dão entre forças sociais, que resultam na produção de políticas sociais, ou seja, políticas públicas na circunstância em que a dinâmica dos setores econômicos, em seus movimentos naturais, acabam por produzir efeitos em uma parcela da população, esta que será afetada em relação às interações próprias do trabalho.

Fruto de embates e lutas sociais, os antes denominados “benefícios” viriam se configurar em direitos adquiridos, conquistas sociais reconhecidas. No entanto, a atribuição estatal apresenta incompletudes estruturais passando a ser uma interrogação para uma sociedade diante das suas formas de se proceder com o trabalho, com os processos de trabalho nas fábricas. Por mais que as políticas sociais procurem dar um tratamento coletivo às demandas sociais, o Estado favorece um movimento de individualização, movimento próprio da sociedade de consumo pois esta quanto mais competitiva, mais particular e individualizada, portanto mais privada.

“O trabalho, como criador de valores de uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem _ quaisquer que sejam as formas de sociedade _, é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida social humana”. (Marx, 1987:50, *apud* Behring, 2007, Pag 51).

A Constituição brasileira considerou que no campo da oferta de programas de saúde, o setor privado deve ser complementar às funções do Estado nação,

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988)

Observa-se, no entanto, que este mesmo setor privado na sua lógica de acumulação tentará crescer e lograr com os resultantes econômicos favoráveis, resultados do produto interno bruto produzido. Ele vai estar sempre atento a possíveis espaços de atuação e intermediação na sociedade que dificultam a participação societária e popular na administração e nos destinos do que é público.

Essa racionalidade baseada em um modelo de gestão tecnocrático e racionalizados dos recursos vai comprometer funções importantes e finais das políticas públicas. Tal tendência vem abrindo espaço para uma visão do Estado como sendo lento e ineficaz, que não funciona, visão essa corroborada por algumas mídias e grupos interessados em alguns nichos econômicos estatais, como por exemplo, o da saúde. Entretanto, estes grupos de interesse, grupos empresariais, durante seu processo de desenvolvimento, ao mesmo tempo em que empregam e produzem a necessidade de ter empregados, os assalariados criam também uma relação injusta nesse trato do trabalho humano.

A partir do momento em que a destinação de recurso público para setores privados da sociedade não coaduna com o preceito constitucional, como no caso da saúde, amplia-se a oferta de atendimentos com o objetivo de priorizar os interesses particulares especulativos. Sendo assim, esse trabalho acaba sendo massivo e não favorece a emancipação do homem em sua relação humana e social, não opera mudança dessa engrenagem alienante pela própria natureza material.

Uma das formas de acumulação contemporânea está na diminuição de custos de mão de obra com empregados na produção, então se criam as funções operacionais de trabalho mecanizado, automatizado e informatizado que acompanham o desenvolvimento das novas tecnologias. Observa-se igualmente processos repetitivos de labor que visam a manutenção do ritmo das células produtivas, este trabalho de fácil aplicação ao trabalhador é útil na medida em que faz com que o indivíduo, na busca de sua subsistência, se sujeite aos baixos salários.

Motivados por condições financeiras esses trabalhadores assalariados acabam se vendo na condição de ter que buscar por moradias mais baratas voltando-se para os conglomerados urbanos, muitas vezes vão tentar a vida em tais localidades que poderão viver sob constante vigilância policial. Poderão sofrer com parca ou nenhuma infraestrutura de políticas públicas repercutindo na carência de serviços básicos como de saneamento, água, esgoto etc., ou seja, sentirão a falta dessa cobertura estatal para que haja um devido desenvolvimento das capacidades sociais e individuais, o desenvolvimento do local com suporte cultural e educacional, habitacional.

Assim, tais fatores acabam forçando essa população ativa a excessos nos serviços em ambiente do trabalho, por exemplo nas fábricas, excessos no tocante à desatenção às regras protetivas em relação ao trabalho. As políticas sociais são assim pensadas como forma de garantir o mínimo para reprodução da força de trabalho.

1.1- A luta e organização dos trabalhadores

A criação de leis relacionadas à questão de classes foi uma maneira de o Estado capitalista incorporar algumas demandas dos trabalhadores, no entanto por meio de muita repressão. A questão social foi vislumbrada em meio a um cenário de muitos protestos, de um cenário onde

princípios liberais vigoravam e eram fortemente defendidos pelo empresariado. Estas demandas incorporadas na forma de leis melhoraram em parte a vida dos trabalhadores, a de suas famílias, mas não mexiam nas relações entre as classes, não repercutiam em modificações na divisão sociotécnica do trabalho, outras reformas vieram, mas também não tiveram tal alcance.

As políticas sociais no Brasil foram originalmente pensadas e implantadas por um Estado orientado para propriedade privada, que se mostrou repressor e policialesco. As orientações políticas e econômicas do Estado brasileiro sofreram revezes diante de cenários de luta entre as classes, determinando maior ou menor investimento em políticas sociais. No entanto, ainda que houvesse reconhecimento dos direitos sociais, não se renunciou aos fundamentos capitalistas.

Percebe-se assim que a emergência da ajuda viria a moldar o comportamento dos atores sociais, que viriam a se enfrentar nesta já mencionada fase do capital, organizando a vida social em suas estruturas, instituições e políticas. Foi também diante desses processos que se instaura o espaço histórico social que possibilita a emergência do Serviço Social como profissão. (NETTO, 1992, p.65).

O capitalismo enfrenta uma grande crise econômica na década de 1930, queda da produção, desemprego e vários bancos indo à falência, o governo nos Estados Unidos adota emergencialmente políticas de trabalho público para ocupar os desempregados. A ideia era aquecer a economia principalmente com bônus de alimentação e do combustível, medidas estas tomadas devido ao acirramento da crise. Diante da pressão dos idosos que iam para as ruas protestar por proteção do Estado, adotou-se uma política de seguro social, para estes e o restante o mercado daria conta, assim como foi com uma política de seguro-desemprego financiada a partir da contribuição de beneficiários e patrões.

A articulação entre Estado, trabalhadores e os patrões representou um primeiro acordo destas classes, com um objetivo de estimular o Mercado. Haveria assim, o aumento da produção, porém já era um início de acordo mútuo entre as três esferas que viria a repercutir mais tarde na implementação de proteções, de seguros sociais.

Alguns movimentos pelo mundo viriam a configurar um início de legislação para proteções sociais, as quais mais tarde, a partir destes seus modelos, influenciariam outros países que com adaptações, configurariam seus próprios sistemas de seguridade social. Destaco aqui, o sistema de proteção social constituído na Inglaterra denominado modelo Beveridgiano de seguridade social. Neste sistema, havia uma suposição de que as crises na economia passavam e que a partir

do sistema de desemprego baixo, por meio do contrato social e conjuntamente com os impostos se poderiam financiar o sistema. Esse modelo visava a garantia de um rendimento que substituísse o salário quando se interromperem pelo desemprego, doença, velhice, morte, nascimento, acidente e invalidez. Como uma resposta preventiva às crises econômicas, o modelo foi estabelecido a partir dos estudos e ideias de Keynes e sob a elaboração de William Henry Beveridge, quando se verificavam a existência de jornadas de trabalho de 18 horas diárias, destacando o trabalho de mulheres e crianças nas fábricas, que recebiam menores salários e resultavam em muitos acidentes, vários deles fatais.

Neste período observa-se a emergência de um movimento eugenista nas cidades industriais, motivado pela situação de visível pobreza, alcoolismo. Esta era uma forma de tratar de modo psicológico as questões sociais, a psicologização da questão social. Estas questões eram favoráveis para o surgimento de movimentos de caráter trabalhista que se constituíram para enfrentar formas abusivas de poder.

O governo inglês se viu obrigado a criar leis de amparo ao trabalhador por pressão dos sindicatos. Exemplos foram a carga horária máxima de 8 horas diárias, salário-mínimo e direito a um dia de folga que fosse semanal e de preferência nos domingos, essas foram lutas frente ao descaso social que existia naquela sociedade. Os movimentos de mulheres se constituíram frente a excessos e assédio dos patrões como exemplo está a não permissão da amamentação. Houve um acontecimento em que algumas mulheres foram mortas quando trancadas em uma fábrica e esta veio a pegar fogo, o acontecido foi considerado criminoso, uma tentativa de se abafar esse movimento. A partir do início desses movimentos é que muitos direitos foram conquistados, como o movimento sufragista. Vindo para o Brasil onde tal processo também se fez presente por meio das lutas e movimentos dos trabalhadores, e sendo por essa coletividade que as lutas por direitos no trabalho se estruturaram se ecoando nos movimentos sociais pois as forças se articulam a partir da racionalidade coletiva, como segue em destaque de Coelho (2013).

O processo de trabalho que se origina de uma necessidade para a satisfação de carecimentos, portanto, trabalho como valor de uso, estabelece mediações que extrapolam a finalidade imediata. No impulso que se situa além da imediatez, ocorrem os processos de alienação. Diferentemente da exteriorização, que eleva a individualização a patamares genéricos, a alienação interfere no desenvolvimento da generalidade humana e cria desumanidades. Os processos de alienação originam-se das mediações estabelecidas pelo trabalho que extrapola a si próprio, em sua conexão com a reprodução social. Trata-se de

processos complexos e de fundamental importância para a sustentação das relações sociais sob a ordem do capital (Coelho, 2013, p.79/80).

1.2- Processo histórico no Brasil

A Constituição cidadã de 1988 muda a ideia da Assistência Social anteriormente vista como caridade passando a ter uma lógica do direito. Essa carta, no seu título VIII, estabelece pela primeira vez no Brasil um modelo de seguridade social que se ancora no tripé saúde, assistência social e previdência, se tratando de um importante passo na construção da cidadania.

A assistência social, do ponto de vista legal, é, então, a política que tem por objetivo possibilitar o acesso da população às demais políticas sociais, garantindo, assim, o exercício da cidadania” (SOUZA, 2008, p. 86 e 87).

Após a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com a regulamentação dos artigos 203 e 204 da Carta Constitucional de 1988, passa a assistência social a ser incluída no leque de políticas com caráter universal. Agora com um ordenamento institucional, ela passa a vislumbrar a garantia das práticas no espaço da proteção social já que estas políticas renovadas passam a ter caráter de direito, esta conquista é parte do movimento de conscientização coletiva dos trabalhadores que, através da lei, buscam a dignidade.

O Brasil adotou um sistema que combinava formatos de diferentes modelos de proteção social como o caso do modelo de proteção Bismarckiano, modelo alemão anteriormente citado, o qual utiliza o pré-pagamento de contribuições assim como o modelo inglês Beveridgiano que influenciaria na cobertura do trabalhador brasileiro, por exemplo, com o auxílio desemprego não deixando de destacar que para alguns autores o programa de proteção social Brasileiro não contemplou os trabalhadores em nenhuma das vertentes fossem as universais, social democratas ou Bismarckiana.

Ainda na década de 1920 um deputado paulista teve a iniciativa de implantar um sistema de previdência social para os ferroviários como uma resposta as greves e lutas sociais, a fim de se manter uma economia de exportação do café, sistema de previdência Eloy Chaves e esta mesma é quem vai instituir a obrigatoriedade da criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs). Primeiramente foram algumas categorias profissionais mais articuladas que tiveram seus

direitos trabalhistas reconhecidos, essas mesmas é que foram as formas originárias da previdência social brasileira juntamente com os Institutos de aposentadoria e pensão (IAPs).

Vários fatores envolvendo a questão social já se apresentavam neste país de capitalismo tardio como a sua própria realidade que era expressa no pauperismo e iniquidade, destaque para aqueles escravos que eram libertos durante a escravidão e que depois encontravam uma imensa dificuldade de incorporação no mercado de trabalho.

Tal questão de caráter social se colocou como uma questão política a partir das primeiras lutas de trabalhadores e das primeiras iniciativas para configuração de legislação voltadas a este mundo do trabalho. No Brasil os direitos sociais se deram a partir de lutas de classes, expressão da relação entre forças antagônicas em que por um lado, se tem as manifestações dos trabalhadores, que tem na sua pauta de reivindicação a busca de direitos sociais, mormente os direitos trabalhistas e os de previdência, já no outro verso se vê a busca pela legitimidade das classes dominantes do país em uma ambiência de restrição de direitos civis e políticos. É o que se observava durante os períodos de ditadura com a expansão das políticas sociais porém instituídas em caráter de tutela e favor, com exemplo pode se destacar na década de 30 a figura populista de um de nossos presidentes com sua imagem de pai dos pobres, o presidente Getúlio Vargas (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A organização de movimentos democráticos se deu através da história, como exemplo os movimentos sociais em defesa da saúde como o próprio movimento sanitarista que vai redundar mais tarde na constituição do Sistema Único de Saúde Brasileiro - SUS.

O SUS é uma construção coletiva com forte participação popular, advinda de movimentos sociais, de grupos coletivos que se expressaram e justificaram a necessidade de tal existência de um sistema de saúde para a população que fosse justo e democrático. Entendemos ser a saúde, um direito universal primordial, assim não devendo ser cobrada e devendo ser tratada sua oferta e manutenção como dever de Estado. Estão compreendidos nestes serviços públicos estatais os serviços habitacionais, de mobilidade e enfim todos os serviços inerentes a uma infraestrutura básica de vida em sociedade. A não cobrança de tais serviços se dá pelo recolhimento de impostos de renda, bem como os embutidos em cada produto ou serviço.

2. A Política de Saúde no Brasil

O modelo do SUS foi construído em uma perspectiva de proteção, buscando mais igualdade e dignidade em situações de vulnerabilidade social. O modelo adveio de uma relação que se estabeleceu entre Estado e sociedade, fazendo com que se gerasse um pacto de direitos públicos a fim de que todos sejam titulares, cabendo ao Estado a responsabilidade pela operacionalização desse direito coletivo.

Trata-se de um sistema que tem nas contribuições sociais a suas fontes de custeio. Conforme trata o artigo 195 da Constituição Federal, estas fontes para a saúde vêm então do Orçamento da Seguridade Social e será financiada por toda a sociedade direta e indiretamente nos termos da lei e mediante os recursos dos orçamentos estatais, federais e dos municípios.

É no artigo 198 da Constituição Federal que podemos ver as normas que tratam da descentralização com direção única em cada esfera de governo. Esse artigo também trata do atendimento integral, um atendimento com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. No parágrafo único deste artigo está que o SUS será financiado pelos termos do artigo 195 não esquecendo de destacar as ações a cargos dos integrantes desse Sistema Único de Saúde conforme artigo 200.

Assim, houve muitos avanços, pois a pauta das reivindicações do movimento sanitário foi honrada constitucionalmente. Dentre eles destacamos: o direito universal à Saúde e o dever do Estado; a estruturação do SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a ações e Serviços de Saúde ao serem consideradas de relevância pública, passou ao poder público a responsabilidade por sua regulamentação, fiscalização e controle; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos; e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, pp. 50- 51)

Com a universalização rompeu-se com o acesso privilegiado a saúde, agora figurando com alcance de igualdade, já que passa a ser entendida como direito. Esse foi um ganho essencial, à época, considerando que havia um contexto internacional de retração de conquistas sociais com cortes na proteção social resultado da entrada do ideário neoliberal em 1990 na direção contrária

aos avanços da Constituição de 1988. Desde então, o SUS passa a ordenar a saúde em níveis de cuidado como atenção básica, atenção de média e de alta complexidade para que haja uma melhor programação e planejamento das ações e serviços.

No governo Collor - de base política configurada no ideário neoliberal - as políticas passam a ser focalizadas causando desmantelamento da proteção social e adoção de política do empreendedorismo, responsabilizando o cidadão pela sua situação de vulnerabilidade, etc. Também o acompanhou nessa mesma linha o governo Fernando Henrique, que intensifica as privatizações, impulsionando a reforma de Estado com a criação do plano diretor, onde também ocorre a transferência do controle estatal para a iniciativa privada e transferência da responsabilidade estatal com a área social para a sociedade.

Em um cenário econômico crítico e com a diminuição de direitos sociais aparece Luiz Inácio Lula da Silva que, despertava uma maior perspectiva no fortalecimento do projeto de reforma sanitária no que se refere a saúde, já que era tido como ícone da classe trabalhadora por ter sido militante sindicalista e primeiro presidente operário. No entanto, o que se verificou foi a continuidade da polarização público privado.

Ocorre um retorno da concepção de reforma sanitária antes totalmente abandonada nos anos 1990, então para ocupar o Ministério da Saúde passa se a escolher profissionais comprometidos com a luta por tal reforma, alterando-se assim a estrutura organizacional desse mesmo ministério. Foram criadas quatro secretarias tendo suas ações realizadas em dezembro de 2003, o Ministério da Saúde participa das reuniões do conselho nacional de saúde e para assumir a secretaria executiva do conselho se apresenta os representantes da CUT como participantes, apesar da preocupação em representar o projeto da reforma com secretarias e lideranças esse projeto, esse trabalho não foi adotado.

No âmbito da atenção básica o princípio da universalização passa a ser trabalhado, porém os serviços de média e alta complexidade ainda eram executados majoritariamente pelo setor privado, tal cenário se perpetua no governo e veio se acentuando com o incremento de medidas neoliberais como a de terceirização de serviços, focalização de políticas direcionadas aos mais pobres etc.

Importante assim, recuperar que o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei no 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “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” (CF, 1988, artigo 196) e indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Lei no 8.080/1990, artigo 3o).

Ao defender essa concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida. Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença. É também por isso que a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos.

A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas aqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores.

Apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, destaque para organização sindical etc. é então a saúde o campo privilegiados de atuação para o assistente social. Com a direção social adotada ultimamente pela profissão e com sua atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais, seguindo os mesmos princípios e diretrizes do projeto ético político, caminhará para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

2.1. A histórica relação entre política de Saúde e o Serviço Social no Brasil

Para se entender a relação entre o Serviço Social e as políticas sociais, deve-se ter a compreensão sobre a função primeira do Serviço Social no seu trato para com as políticas públicas, em específico aqui a política de saúde.

Os direitos, quando garantidos por lei e representados nas políticas sociais, se manifestam em funcionalidades as quais por exemplo, o Serviço Social corresponde com o seu agir trazendo dentre outros, a informação sobre tais direitos a população atendida.

É diante de tal necessidade que o Serviço Social irá agir, sua conduta será diante da manutenção do sistema de desigualdades, onde esse profissional terá capacidade avaliativa e eletiva na criação das possibilidades de intervenção.

Para esse entendimento partiremos primeiramente da compreensão da atuação do Serviço Social como prática institucionalizada, que as classes dominantes demandam, incluindo os representantes desta, a fim de que se possa intervir junto aos trabalhadores por meio de sua regulação. Entende-se como possibilidade, a atuação de forma a instrumentalizar o usuário de ferramentas para a sua conscientização, sua politização a fim de que se produzam efeitos sociais, efeitos de direitos comunitários, para que assim se possa haver melhor integração do controle social por exemplo na própria saúde já que esta deve ser patrimônio público de todos.

Cabe destacar que mesmo se apontando tais condições existentes, mesmo assim por parte do profissional procura-se compreender e articular o movimento contraditório da prática profissional no jogo das forças sociais existentes. Pode ofertar, em cenários restritivos, serviços que impulsionam, de alguma forma, uma real ação com melhores respostas as demandas trazidas, que correspondam com melhorias nas condições sociais de vida e de subsistência do trabalhador, mesmo que subordinadamente atrelado às condições já postas.

Tendo como marco a chamada Constituição cidadã de 1988, o profissional de Serviço Social se engaja no processo de defesa no SUS, através da apropriação das contradições que perpassam a política de saúde, e isso se dá por meio de sua atuação nos espaços sócio-ocupacionais como fomentadores do debate acerca da luta pela efetivação do direito ao cuidado em saúde

Na mesma época em 1990 em que a tendência intenção de ruptura tem sua hegemonia, não por acaso também o Serviço Social atingiria sua maioria intelectual. Nessa direção, acaba se explicitando um questionamento à tendência que afirma que o marxismo não apresenta respostas

para o conjunto dos desafios postos a profissão na contemporaneidade, também no mesmo período acabam sendo insuficientes os avanços conquistados pelo exercício da profissão devido a incipiente alteração do trabalho institucional. Enquanto categoria continuava desarticulada do movimento da reforma sanitária e seus setores progressistas compassados com preceitos da reforma sanitária não conseguiam qualquer explícita e organizada ocupação da máquina estatal.

Existem movimentos que atravessam o Estado e definem as políticas de saúde bem como definem os sujeitos envolvidos em tais movimentos. Estes sujeitos se compõem por frações da classe trabalhadora, tais movimentos ao ampliar o espaço democrático, mesmo estando fora do poder, podem conquistar seus direitos sociais, entre eles o da saúde dependendo do seu nível de organização. Considera-se então que a ação do Serviço Social não se apresenta ou não se revela de imediato pois ela é encoberta, mitificada e fetichizada.

A prática profissional não se explica nas atividades exercidas, precisando ser articulada com a totalidade social, desvendada, para poder reorientar sua ação no sentido de colocá-la a serviço dos interesses da classe trabalhadora, apoiando suas reivindicações, ampliando suas conquistas, colocando os recursos institucionais à sua disposição. Nesta direção, é importante salientar como as práticas em saúde se transformam com o capitalismo. Vai-se ressaltar a medicina e o Serviço Social (BRAVO, 2014, p. 188)

Diante do que foi mostrado no que tange ao posicionamento do Serviço Social, percebe-se que existe uma estreita relação entre o seu projeto Ético-Político e o projeto da reforma sanitária devido uma aproximação entre princípios, referenciais teóricos e metodológicos.

Como espaço de resistência e conflitos entre os interesses do capital a saúde é então constituída sendo este um fator revelado no desempenho do projeto privatista e nos interesses da classe trabalhadora representadas pelo projeto de reforma sanitária, diante de tais circunstâncias são dirigidas diferentes requisições para com a atuação do profissional assistente social área de saúde.

Destaca-se, que a apropriação do debate crítico sobre a saúde caracteriza-se como fundamental à categoria profissional dos Assistentes Sociais, uma vez que fundamenta e fortalece sua atuação.

[...] as entidades do Serviço Social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970. Tem-se por pressuposto que transformações estruturais nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital e que lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura. (CFESS, 2010, p.23).

O conhecimento e reflexão dos conceitos expostos fundamentam a adoção de um posicionamento crítico em defesa do direito à saúde pública de qualidade, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, autonomia, igualdade e informação, assegurados pelo SUS (BRASIL, 1988).

Como ponto de análise da competência ética do Serviço Social na saúde, para a fixação de entendimentos podemos referir um movimento que tem motivado discussões sobre a relação entre: o estudo teórico, as normas técnicas que regem atuação profissional e a intervenção prática propriamente dita. Sendo este um comportamento que se inicia a partir da descrença de alguns grupos profissionais na possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, que acreditam na necessidade da construção de saberes específico na área.

1- A constatação de que na categoria profissional existem segmentos que ao realizarem sua formação em saúde pública, passam a não se considerar como Assistentes Sociais, porém vão se identificando como como sanitaristas.

2 - Uma outra situação é a de que na atualidade do exercício da profissão tem se optado, por parte de alguns segmentos, um certo privilegiamento ao resgate do Serviço Social Clínico, isso ocorrendo no âmbito das tensões produzidas subjetivamente na rotina de trabalho entre os atores, entre os profissionais atuantes nesta área do conhecimento, denotando assim uma certa falta de identidade de alguns desses profissionais com a prática da profissão.

Assim, a partir do exposto, se pode analisar o que está acontecendo no cenário pois tais proposições são decorrentes de movimentos por Assistentes Sociais com formação especializada em outras abordagens clínicas como por exemplo: as de cuidados holísticos, bioenergéticos, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal que, de alguma forma, pode estar atrelado à ampliação de campos de trabalho na profissão. Esse grupo de profissionais vem reivindicando das entidades da categoria como conselhos ou até unidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional.

O profissional de Serviço Social é hoje chamado a realizar outras atividades como as de direção de unidades de saúde, funções como controle de dados epidemiológicos ou se voltando novamente ao conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde, apenas ações diretas com os usuários como um executor terminal da política social. Assim novamente se acabam caindo no esquecimento as novas demandas de gestão, assessoria e

pesquisa da profissão consideradas transversais ao trabalho e que estão elencadas a lei que regulamenta a profissão nas diretrizes curriculares da ABEPSS.

Uma preocupação que deve soar em tom de alerta é a de que sujeitos coletivos e individuais não se deixem induzir a flexibilização dos princípios éticos políticos dos assistentes sociais assim como na flexibilização da proposta de reforma sanitária com intuítos oportunistas de se conseguir pequenos ganhos políticos. Tais cenários já estão postos e já se apresentaram seja na saúde seja nos movimentos sociais fazendo repercutir no Serviço Social, por isso as formas de construção e manutenção de seus princípios na saúde devem sempre caminhar, sendo discutidos e debatidos.

Para a construção de um projeto democrático e a sua defesa primeiramente deve haver a construção da união entre as categorias profissionais a fim de que, diante de obstáculos que se apresentem na atualidade, estes profissionais possam apresentar por exemplo alternativas, opções ao desafio da democracia das políticas públicas. O desafio de trabalho nessa frente deve ser diário, por exemplo a participação do assistente social com um trabalho de articulação com os sujeitos que contemplem os mesmos princípios, princípios que questionem políticas neoliberais direcionadas a própria saúde e as políticas sociais. Esse é um **processo** notado nos governos vigentes no país, notados na conjuntura atual onde estes intensificam uma maculação dos direitos e conquistas da população.

No que se refere aos direitos dos assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura a garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código.

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece: desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor, utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão, abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.

Tendo em vista o disposto acima, o perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve se afastar das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente.

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

A intervenção orientada por esta perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.

As competências e atribuições dos Assistentes Sociais, nessa direção e com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, a saber:

Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade, análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais, compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade, identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (ABEPSS, 1996).

São essas competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade, para, a partir daí, estruturar seu trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano.

Os Assistentes Sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Dentre esses eixos destacamos aqui as principais ações desenvolvidas pelo assistente social em dois deles. Importante destacar que os mesmos não devem ser compreendidos segmentadamente, mas articulados dentro do entendimento de totalidade.

Atender diretamente a população usuária da saúde nos seus diversos espaços de atuação seja na atenção básica, nos serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, que se materializam na estrutura de serviços do país a partir da ESF Estratégia Saúde da Família, postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidade (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, inclusive universitários e independe de instância qual está vinculado seja da federação, dos Estados e ou municípios.

Estão contidas nas ações diretas as de caráter sócio assistenciais, as de atendimento direto, do trabalho interdisciplinar profissional elaborado dia a dia e as ações socioeducativas, tais ações não ocorrem de forma isolada no entanto integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis, ressaltando que estas ações são realizadas devido a uma estratégia fundamental, a investigação profissional processo transversal trabalho, assim como o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários para a garantias direito à saúde, também a assessoria para a melhoria de qualidade nos serviços prestados e em fim a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

O profissional hoje em dia deve ter uma atuação voltada para a realização de estudos e pesquisas que possam revelar a real situação de vida e de saúde do trabalhador, das demandas, dos bairros e comunidades. Esses dados têm objetivo de poder alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento para as atribuições de planejamento do Serviço Social, política das instituições e a própria política de saúde nas regiões do país.

A inserção dos Assistentes Sociais nos novos espaços construídos de atuação como os da gestão, de planejamento e de investigação pautados no projeto ético político visam o desvelamento da realidade a fim de que se proponha alternativas de ação compatíveis com as necessidades e interesses dos usuários. É o caso da investigação por exemplo que aparece como ferramenta fundamental de auxílio para afirmação do exercício profissional a partir do suporte na leitura da realidade diária de vida dos usuários, seu local de moradia, sua região, investigação da sua situação sócio econômico, assim como da correlação de forças existentes nas suas áreas de moradia e dos locais que prestam os serviços públicos a esses usuários.

Há de se falar que a prática da profissão já foi permeada por um discurso humanitário durante seus primeiros períodos e quando se chega em épocas de extrema burocratização do Estado. Os profissionais passam a assumir um discurso modernizador de maneira a se poder intermediar a relação entre instituições de saúde e a população a fim de se racionalizar os serviços, e nesse sentido, os Assistentes Sociais vem se dedicando a tais pautas assim como as operacionalizando durante exercício das suas atividades nos seus campos de atuação, como exemplo o campo da saúde.

Cabe lembrar que as relações de produção não se alteraram significativamente com tais políticas, estas até chegam mesmo a ajudar os interesses econômicos do capital, seja por ativar determinadas áreas de produção ou por representarem garantia de um salário indireto que não onera especificamente o capital. Como exemplo de tal articulação está a medicalização e o consumo médico, um retorno ao modelo de saúde feita através da medicina clínica existente no sec. XX.

É sempre importante por parte dos assistentes sociais estarem atualizados com o debate sobre a Humanização no Sistema Único de Saúde a fim de que se firmem compreensões em perspectiva ampliada sobre tal processo que vem como uma maneira atenção interpessoal com o usuário, como uma forma de atenção com a saúde familiar do usuário, assim como a saúde relacional deste com sua comunidade. Os Assistentes Sociais irão atuar no sentido da orientação, irão dar esclarecimentos aos usuários frente as suas demandas e junto com as equipes de saúde, refletir objetivamente sobre as condições que possam estar influenciando e ou impossibilitando a correta tomada de postura para as decisões necessárias.

Estes indivíduos em sua diversidade revelam diferenças em suas relações de sociabilidade, por exemplo diferenças nas relações étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras, questões estas que revelam singularidades, maneiras de se constituir as individualidades próprias diante da sua relação social dinâmica e contraditória. Vale mencionar a reprodução de inúmeras formas de opressão que afetam a vida cotidiana, estas formas são resultantes de negação da diversidade humana e se materializam em ações de violência contra sobre tudo, grupos, sejam de mulheres, jovens, crianças/adolescentes e pessoas com orientação sexual LGBTQIA+.

Diante da disputa entre projetos se percebe que alguns governos hora atuam a partir da focalização e desfinanciamento, e outros hora atuam fortalecendo as políticas de saúde e sociais

em geral. Mas a ênfase sempre é maior no projeto privatista o que acaba por resultar na atualidade em demanda para os profissionais de Serviço Social, por exemplo fazer seleção socioeconômica dos usuários, a atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e o predomínio de práticas individuais, trazendo assim como consequência muitos desafios e requisições na atualidade para a profissão.

3- Três Experiências de Estágio em Saúde

A proposta aqui pautada pela práxis do cotidiano da profissão, os pontos de análise tomados para a configuração do estudo proposto foram motivados a partir de percepções, apreensões e inquietações surgidas durante os momentos de observações da formação profissional nos campos de estágio: SMSDC Maternidade Alexander Fleming; SMSDC Maternidade Osvaldo Nazareth; NASF Núcleo de Atenção a Saúde da Família (ESF) - Estratégia Saúde da Família no SMS- CMS Nagib Jorge Farah.

Por mais que as instituições mencionadas sejam de níveis de atenção diferentes tentaremos fundamentar essa relação justamente a partir da cotidianidade de vivência profissional de trabalho e não propriamente a partir das instituições, pois em ambos os campos a quantidade de demandas e a rotatividade de leitos eram altas. As instituições fizeram parte dos estágios cursados aqui já destacados lembrando ainda que por mais que sejam as maternidades de setores terciários da atenção, elas acabam prestando serviços mistos – tendo então como suporte teórico bibliográfico para estudo e o material consultivo principal.

Ao apresentar as formulações com vivências em atendimentos diários pelo Serviço Social em unidade de saúde reprodutiva fazendo parte de processo percorrido para nossas formulações de pesquisa seja nas salas de partos, seja nos espaços onde a gestante se insere e os quais envolve desde gravidez aos nascimentos. Conforme a classificação que faço dos serviços para uma visão direcionada do trabalho para o que se pretende e podemos dizer que ordenamos nossa orientação em serviços Intra- Institucionais e Extra- Institucionais.

No que se refere aos serviços Intra- Institucionais, eles tem um certo nível de relação com o modelo clássico de saúde, aquele modelo caracterizado na hierarquia profissional onde no topo deste estão os profissionais da medicina e na base ou últimos níveis estão os outros profissionais incluindo esse profissional o Assistente Social. Um sistema piramidal onde a ação em saúde acaba se desenvolvendo como modelo medicalizador, fazendo aqui uma comparação aos modelos de saúde onde as resoluções eram baixas pois eram praticados principalmente com o trato das afecções já no seu estágio de doença o que se faziam aumentar a demanda na entrada pela atenção básica na rede superlotando os níveis secundários e terciários durante a triagem. No que tange aos serviços Extra- Institucionais, para nosso argumento de comparação que fala das formas ou aspectos de se trabalhar a saúde mais externamente, a proposta onde o trabalho

promovedor da saúde é direcionado e voltado mais na aproximação com a sociedade, a saúde é trabalhada externamente dentre os arredores da unidade e a população compreendida daquela área na tentativa de tornar o posto de saúde mais convidativo. Para cada equipe ou enfermaria e também como braços do Serviço Social e das outras profissões da equipe NASF, já que para o desenvolvimento dessa estratégia que configurada por meio de portaria, já em vigor vem funcionando, como já destacado aqui, se convencionou utilizar-se da forma parceria NASF e ESF para a atuação desses agentes comunitários. São então para nós essas as perspectivas de trabalho humano, esses agentes externos ao posto de saúde que vêm sendo experimentados nas suas tarefas, já que eles buscam informações da comunidade, levam estas para o posto e colhem informações do posto para então devolvê-las novamente a comunidade e aí em dado momento vão acontecendo os encaminhamentos agora reorientados o máximo possível com possibilidade de troca de aprendizado.

Estes métodos descritos vêm reforçando cada vez mais experiências da política da prevenção que substituirá a medicação, uma metodologia que se apresenta na política de humanização inserida no SUS, baseando-se para isso na coparticipação profissional.

Sendo assim é que se aponta o NASF surgindo como uma forma de modelo de ocupações dentre os cargos na saúde, porém não de modo hierárquico, sua distribuição de responsabilidades é solidária já que sua pretensão é que o trabalho seja feito em roda ou organizado horizontalmente. Todos os profissionais se comunicam e que estejam em certa igualdade de níveis se comparados uns aos outros. Esta igualdade de ações e lideranças atuará de maneira a intensificar o conhecimento, a ideia de auto prevenção, produzindo uma educação voltada para a importância da consulta em saúde, tomada de consciência responsável para com a própria saúde.

Vale um destaque do que chama atenção Costa (2000) no que se refere a esse entendimento, questão da prevenção e então assim contextualizando o mencionado tema a partir mais uma vez da estratégia “NASF” e a rede de atenção em roda na saúde, princípio *paideia*, podemos verificar o oposto disso na releitura de como constitui o trabalho em saúde no atendimento nas maternidades onde ela afirma que

o modelo médico Hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e em certa medida, psicólogos (apud MATOS, 2013, p. 52)

Esse então é o ideal do cidadão sendo educado e ensinado para atuar como gestor de sua própria saúde, então sobre esse ideal acaba tendo uma característica até que coincidente com a carta de atenção em saúde de 2002 que trata do território como sendo parte anexa daquele hospital. Os usuários daquele território sendo pertencentes aquele hospital, são dele, território adscrito, já que o novo sistema de organização profissional em roda, sistema Paideia trabalharia mais na forma de rede pois o foco nos moldes aqui exposto é o ato de fazer prevenção. Assim, são estes instrumentos operativos próprios do trabalho quem tem um caráter co-participativo dos usuários e profissionais em um setor de forma a colaborar com uma nova lógica servindo até como experimento para aplicabilidade na atenção terciária pois nesse conjunto de informações, não se pode deixar a reflexão de as maternidades como sendo instituições que trabalham com emergência por possuírem grande movimentação de usuários, parecidas eu diria com a grande circulação de demandas cotidianas da atenção básica.

Sendo assim, se toma para a estratégia o envolvimento de uma atenção comprometida com a continuidade, com a integralidade e com a equidade que principalmente é preocupada com a geração de valor para a população, com a geração de responsabilidade econômica e sanitária no cuidar em rede. O Núcleo de Atenção a Saúde da Família que é aqui apresentado como uma fatia da atenção básica em saúde, ainda existe e ainda persiste de qualquer forma a falta de contato do usuário conjuntamente com o seguimento profissional, esse é então um movimento inverso ao que se via na saúde alguns decênios atrás como segue:

A relação de impessoalidade que a cena acima sugere encaminha cada um dos trabalhadores a uma relação de exterioridade. O mérito imaginariamente por alguns alcançados é pensar o: "fui lá, fiz a minha parte e volto no próximo plantão". É difícil para este profissional identificar uma relação de pertencimento ao trabalho coletivo. No entanto, sabemos que o trabalho em saúde não pode ser engendrado isoladamente assim, a pergunta que podemos fazer é: como podemos, frente às condições objetivas (que são permeadas por diversas expressões da histórica cultura do não público neste país) (MATOS: 2013, p. 53)

Por mais que isso tenha se modificado bastante e tenha se reformulado positivamente, afirmando-se mais uma vez o importante papel da rede, existe ainda a necessidade do aumento dessa interdisciplinaridade profissional, do aumento de sua utilização no tocante a esta relação do profissional e da rede que é estabelecida diariamente no trabalho. Sabe-se que todos os conhecimentos se complementam e se encaixam, eles se alternam somando saberes, a busca de fontes diversas que tratem do tema "acolhimento" destacando ser este um setor da atenção em

saúde responsável pela primeira triagem ou primeira interação com o sistema. Acaba então sendo neste momento que se pode fazer de tudo para a busca da antecipação da informação, antecipar a informação ao paciente, vamos dizer uma primeira prevenção dessa informação em saúde ou mesmo de um preparo inicial do usuário para a recepção da mesma como forma de prevenção que objetiva o (prevenir se) antes a fim de não se deixe adoecer depois.

Os serviços de saúde terciária como da saúde reprodutiva onde o tempo de contato de um assistente social e do usuário é casualmente curto e a interdisciplinaridade entre as profissões é curta. Isso vai dificultando o processo de vínculo com a vida do usuário, vínculo humano como um todo independente da instituição, o que acaba se dificultando os vínculos internos dentre instituições, profissional e usuários.

Destaco como ferramentas da intervenção profissional a entrevista social e as visitas domiciliares já que são estas ferramentas as grandes produtoras de informação referentes a vida do usuário. A entrevista social serve como mecanismo de “conhecimento dos problemas sociais” relacionados à vida “da clientela” e não na identificação das questões sociais.

No Brasil as equipes da ESF estão ancoradas na figura do médico e do enfermeiro, se tem a carência de equipes multiprofissionais na APS, devido a essa situação aparecem algumas dificuldades relacionadas no tocante ao manejo das doenças crônicas, pois a rede precisa da atuação de mais profissionais orgânicos e não somente do serviço prestado em funções comum aquelas feitas pelos apoiadores como proposta do NASF. O NASF atualmente pode ser visto como uma ferramenta importantíssima que está em posição de transição e que poderá evoluir como proposta para o adensamento e crescimento das equipes da saúde da família com a introdução de outros profissionais de nível superior como os já sublinhados membros orgânicos, garantindo assim a atenção por exemplo a esses pacientes crônicos.

Embora o NASF possa contribuir positivamente para educação permanente das equipes da ESF, ainda é insuficiente para garantir o cuidado multiprofissional, pois como já dito anteriormente o pouco contato do NASF com o usuário pode prejudicar o estabelecimento de vínculo citando o vínculo terapêutico. Regulamentadas pela portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, se configuram como equipes multiprofissionais da APS o consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e o programa academia da saúde atendendo e cobrindo ainda essas populações específicas, equipes sempre atuantes de forma integrada com a ESF.

Os pré-requisitos para a organização dessas equipes seriam a inclusão de diferentes categorias profissionais; descrição de clientela, promovendo o acompanhamento longitudinal e o vínculo entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, formulação de projetos terapêuticos, poder de decisão em relação ao trabalho em equipe; recebimento e realização de apoio especializado quando necessário (apoio matricial).

Não se tem avaliação de impacto e nem de processo nos indicadores da saúde da população atendida pelo NASF. Cabe então se destacar a necessidade de continuidade desse contato com o usuário após o contato institucional com o profissional assistente social e isso se dará por intermédio dos mediadores agentes comunitários de saúde no dia a dia da vida desse usuário em seu lar. É na proposta do NASF que essa ferramenta começa a alterar se não somente na forma de pensar do profissional frente as suas condições de trabalho, mas também fisicamente pois o NASF agora amplia o espaço de atuação com um maior acompanhamento da vida de cada usuário.

A entrevista que normalmente é feita e sempre muito importante por possibilitar a produção de informações para estudo das demandas, no entanto com a impossibilidade de visita social a todos usuários, as observações trazidas pelos agentes de saúde se tornam então agregadoras sobre a situação familiar dos usuários. O resultado é uma complementação para melhor trato de cada questão chegada a saúde, ao assistente social e profissionais do NASF. Com isso haverá maior entendimento sobre a situação de vida do usuário possibilitando a partir daí uma apuração das concepções e ideias por setores profissionais, ou seja, uma reflexão ampla sobre cada quadro social de demandas resultando em melhora de vínculos de trabalho dentre profissionais e usuários.

Tais fatores descritos revelam situações a transcorrerem dentro dos limites institucionais pois o que se prossegue na realidade diária dos serviços desses profissionais de saúde e de assistência é um processo de repetição de rotinas muitas vezes já bem automáticas que contribuem para perda do controle racional frente a prática. A falta de retorno do usuário com o Assistente Social devido ao aumento de demandas contínuas vai fazendo com que se interrompa o processo relacional entre profissional e as sociedade, ou entre este e uma família e esse caráter tem relevância frente a um serviço que tenta estudar e entender o processo de adoecimento. Este que pode ter começado inicialmente com uma questão psicológica e não físico, o hospital não pode ser uma cabine que atende e libera. Ele tem que acompanhar a vida do usuário antes e

depois do hospital, pois se trata de vidas humanas e uma história contida em uma família, o Serviço Social acaba por se envolver com essas famílias. O NASF é um avanço neste sentido, um elo já que a repetição de tarefas faz com que o profissional atue como um mero subordinado.

Atentando-se então para um dos integrantes dessa equipe, o Assistente Social, é um dos principais transmissores entre equipes e enfermarias, é que destacaremos algumas mudanças nesse processo quando falamos em equipe NASF sendo este um dos campos de estágio aqui mencionados.

3.1- Maternidade Oswaldo Nazareth - PSF Programa Saúde da Família e PSF de Rua

Durante contato com primeiro campo de estágio, uma maternidade anexa ao prédio da Marinha na Praça XV – RJ, de nome Oswaldo Nazareth, pude identificar dois aspectos abaixo destacados pois em se tratando de uma unidade atuante no setor terciário, porém também vista como unidade mista, já que oferta além de serviços de internação, também atribuições normalmente verificadas na atenção básica e secundária do SUS.

Um primeiro e mais geral aspecto no que se refere à particularidade da instituição em si como uma importante maternidade de referência de saúde para várias regiões e centro do Rio, foi em relação, ao interesse da marinha pela administração do prédio onde a maternidade se situava, esta mesma vinda a reivindicar a posse do local mais tarde. Viríamos a saber depois do estágio, que a maternidade já estaria em outro local e já havia virado uma OSS. Esses fatores me trouxeram inquietação sobre tal processo. O surgimento dessas organizações sociais iria incidir diretamente sobre a oferta dos serviços e na organização do trabalho de Assistentes Sociais.

Um segundo aspecto a ser mencionado, refere-se aos profissionais. Percebia-se certa falta de comunicação entre a área médica e outras especialidades, pergunta-se então como poderia existir tal distanciamento, entendendo que um bom relacionamento para a troca de informação por entre as áreas deveria ser de grande importância. Tal fato me motivou permitindo perceber nas construtivas reuniões interdisciplinares, terreno fértil para entender a importância dessa troca de informação e comunicação entre profissionais, pois justamente, se dava entre áreas como psicologia, Serviço Social, pedagogia etc. Considerei interessante pela forma que tratavam e se orientavam sobre os casos, todos juntos para um motivo comum, algo muito positivo, mas que, no entanto, me sobressaiam outros aspectos pois os usuários eram sim atendidos e logo liberados

assim como deve ser, do jeito como algumas leituras sobre a realidade de do dia a dia de unidade de saúde me mostravam.

3.1.1- Agentes complementares da saúde PSF de Rua

Foi a partir de contato com este programa que tive conhecimento de como este funcionava durante contatos do Serviço Social com os chamado PSF de rua, nome esse dado aos agentes atuante na saúde que eram conhecedores da população de determinada comunidade ou bairro já que estes provavelmente moravam e viviam nela. Achei muito interessante tal fato pois trazia completude ao processo não deixando com que se perdesse informações que já foram levantadas e estudadas sobre a vida daquele usuário, frustrando menos a prática do assistente social quando este perde noção do todo ao usuário ter alta e não se relacionar mais com o profissional, então acabava sendo muito importante aquela continuidade de informações trazidas pelo PSF de rua.

Na instituição se verificava a existência das visitas domiciliares, porém estas foram diminuindo no decorrer dos anos a medida que demandas foram aumentando. Em relação a procedimentos externos na unidade de saúde, o que existiam mais eram os casos envolvendo conselhos tutelares onde o profissional tinha que comparecer, também cabe ressaltar se ainda existia naquela maternidade a figura da chefia de Serviço Social já extinta na unidade.

3.1.2- Observações e análises no estágio

Na instituição à época as atividades de acompanhamento do supervisor se davam com outras estagiárias da UFF (Universidade Federal Fluminense), elas foram realizadas nas visitas passadas em enfermarias do 6º andar da maternidade, nos leitos das puérperas e às vezes a visitação era passada com todos os estagiários que estavam com agenda de estágio marcada pra aquele dia. Alguns exemplos de informações trazidas aos usuários: a licença maternidade, a licença paternidade, salário maternidade, benefícios e programas do governo, informações para os acompanhantes, vale transporte gratuito para idoso.

Sabe-se que a movimentação nos serviços sobrecarrega os profissionais, por exemplo a atenção sobre os recém nascidos que ali estavam o que poderia por acaso contribuir para uma desatenção com possibilidade de retirada destes. Percebi a preocupação e responsabilidade que tinham nesse espaço de trabalho tão importante e valioso que é a Saúde, as orientações gerais aos

pacientes quanto à procedimentos da maternidade sobre alta hospitalar da mãe e do RN, sobre o registro do RN sendo é essencial para isso a retirada do cartão (DNV) Declaração de Nascido Vivo. Outras informações foram passadas como direitos da criança, orientação para confecção de documentos rápidos para retirada da carteira de trabalho, o Serviço Social que faz a concessão também de cartões de visita do pai ao RN na neonatal, cartão para alimentação das mães na maternidade, cartão de acompanhante de adolescente, no caso destes cartões o estagiário já pode fazer ou conceder seja nas entrevistas e na admissão da paciente com o Serviço Social.

Estas mães, quando no momento de sua alta, podem optar para ficar no Alojamento de mães ou sair como mãe externa, desde que atendam os requisitos da instituição, bem como a disponibilidade de vaga, pois independente da opção, a mãe é sempre atendida pelo Serviço Social para a socialização de informações sobre a história familiar assim como, situação socioeconômica; situação de moradia; entre outras. Estas informações têm o objetivo de contribuir com possíveis encaminhamentos das mães para inclusão em programas sociais, lembrando que os estagiários são acompanhados em todas as atividades, quando algumas atividades já estão bastante fixadas e o procedimento já está firmado, o estagiário já passa a ter condições de fazer individualmente tal procedimento, no entanto em alguns casos ou situações acaba que se passa a cuidar dos casos rotineiros e dependendo da demanda as supervisoras são acionadas pois estes cadastros nos projetos são casos sociais que precisam da entrevista para prosseguir com acompanhamento, isso se trata muitas vezes de casos complexos que envolva drogas e coisas ligadas a isso, adolescentes, população em situação de rua.

Na maternidade existe uma sala denominada sala multiprofissional onde ficam, além do Serviço Social, outros profissionais como psicologia, alguns enfermeiros responsáveis pela vacinação, ultrassonografia, fonoaudiólogas. Todos os profissionais têm uma salinha própria para um melhor atendimento, dependendo do caso o Serviço Social atende nessa sala multiprofissional ou na sua salinha, para levantar o histórico de vida do usuário fora e dentro da instituição durante a sua estadia na maternidade. O Serviço Social faz um trabalho exemplar nos casos mais simples aos mais complexos e os supervisores de estágio seguem uma boa conduta profissional para tentar estar sempre proporcionando o melhor atendimento possível.

O Hospital Maternidade Osvaldo Nazareth é de referência e na sua história dificilmente encaminha um paciente para outra maternidade, tem uma estrutura bem completa que se converte em eficácia de atendimento, bem conceituada por antigas mães que tiveram seus filhos lá tendo

serviços essenciais e básicos devido também a um atendimento exemplar no que se refere aos direitos da criança e da nutrição do bebê, tudo voltado para a melhor assistência a crianças nos vários quesitos.

O PSF de rua de lá da maternidade interagiu com o Assistente Social e agentes comunitários trocando informações já que o PSF de rua acompanha o paciente quando fora da instituição na sua vida diária extra maternidade. Esse agente que tem uma atuação nas ruas dá até o endereço e telefone da sua casa para alguns pacientes, usuários, para estar acompanhando sua vida nos abrigos e locomoção para não se deixar perder essa pessoa por aí ficando desamparada, principalmente quando se trata de pessoa de rua e psiquiátrica.

Como exemplo prático e vivido em relação ao exposto pode se mencionar um caso ocorrido em que depois de 2 meses mais ou menos depois de atendida uma usuária gestante da maternidade, essa que perderíamos o contato com ela mais a frente na alta, observando se que nesse caso de demanda atendida com PSF de Rua. Tratava-se de questões relativas ao acolhimento familiar da RN da usuária e esta tinha um local impróprio de moradia para uma criança. Depois do período ficou fora e se soube, a partir do PSF de rua, que a RN fora acolhida por uma tia. A usuária sempre falou sobre a existência de uma tia rica, porém que todos os profissionais ficavam em dúvida sobre essa informação. Ela até mantinha constante retorno à maternidade, porém quando ficou mais tempo sem vir foi o PSF de rua que por morar perto dela em mesma comunidade que atualizou a informação aos profissionais da assistência. Sendo assim o RN teve acolhimento não indo para adoção, destacando assim novamente a importância dessa interação entre os agentes do posto e os bairros, as pessoas e sua comunidade.

3.2- Hospital Maternidade Alexander Fleming.

O HMAF teve sua origem no ano de 1950, em meio ao período populista do governo de Getúlio Dornelles Vargas. Suas obras foram concluídas em 20 de outubro de 1955 e sua inauguração aconteceu em 26 de janeiro de 1956, como Policlínica e Maternidade. Ambas vinculadas ao Hospital dos Servidores do Estado (HSE) e destinadas aos servidores contribuintes do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) e seus dependentes.

Em 1979, a policlínica e a maternidade desvincularam-se do Hospital dos Servidores do Estado e tornaram-se um hospital próprio do Instituto Nacional da Assistência Médica e

Previdência Social (INAMPS). No entanto, permaneceu na lógica da cidadania regulada, uma vez que passou a prestar assistência somente a usuários com vínculos empregatícios regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). É nesse momento que o hospital passa a ser denominado Hospital Maternidade Alexander Fleming e a dispor na área ambulatorial as seguintes especialidades: clínica médica, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, neurologia, ginecologia, cardiologia, pediatria, odontologia, psicologia, Serviço Social e nutrição já em 1995, foi assinado o convênio de Pré-Municipalização da Unidade entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, respeitando o princípio do sistema Único da Saúde (SUS) de descentralização dos serviços e ações de saúde.

A unidade tem enfoque no atendimento à gravidez de alto risco, sendo também um polo em atendimento às vítimas de violência sexual (VVS), presta atendimento nos níveis primários, secundários e terciários, é uma unidade assistencial mista.

O Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF) é referência no atendimento ambulatorial de pré-natal de gestantes que apresentam risco de vida (hipertensão, diabetes, abortamento, trabalho de parto prematuro, história de eclampsia etc.), tanto para as próprias (estas são transferidas para outras unidades dependendo do quadro de agravamento apresentado), quanto para os recém-nascidos de baixo peso e/ou de risco, sendo estes internados na Unidade Neonatal (UNEO) oferecida na própria maternidade, ele atua na saúde reprodutiva cuja finalidade essencial é a promoção de assistência Materno infantil. O público-alvo da área hospitalar são usuárias residentes em qualquer área programática do município do Rio de Janeiro e até de outros municípios, sendo que para internação na área hospitalar são priorizadas as gestantes de risco (mulheres com diabetes, hipertensão etc.). As de baixo risco, geralmente são transferidas para outras unidades de saúde se o hospital estiver com sobrecargas de pacientes. É também na emergência o lugar que se realiza o primeiro atendimento às vítimas de violência sexual.

Este campo de estágio sendo tomado para nosso trabalho como unidade de consulta e embasamento teórico descritivo digitado a partir dos trabalhos que se tinham projetos, preservados, para justamente se conhecer mais a maternidade e o Serviço Social, principalmente estagiários, tudo selecionado, organizado e sistematizado para maior embasamento com dados expressivos sobre todo processo de atuação dos Assistentes Sociais supervisores atuantes nesse campo, sendo referência para os estudos pois é se verificou na unidade uma grande variedade de

materiais produzidos entre trabalhos, projetos de intervenção a partir dos estagiários que ali passaram e documentos elaborados e pensados ano a ano pelos Serviço Social dali, próprios para servir como instrumental operacional quando do registro dos dados dos usuários, esses materiais auxiliariam para o melhor registro, sendo tais detalhes um dos motivadores para elencarmos aqui esta maternidade como principal fonte de detalhamentos sobre o mapeamento de demandas, nosso embasamento de pesquisa. Pode-se também verificar nesta unidade de saúde, uma incidência maior de visitas domiciliares se compararmos com a primeira maternidade, algo que pode ser justificado como alternativa de equilíbrio do serviço, por ali haver certa inexistência dos tais agentes externos de saúde ou de parcerias nestes aspectos, fazendo referência aos PSF de rua anteriormente mencionado. No local não havia uma intermediação cotidiana de informações a respeito da vida dos usuários nas suas regiões de moradia, resumindo, após a alta da maternidade, situação que fazia pesar a incompletude e continuidade maior nos serviços desta unidade acarretando uma mimetização das ações de política em saúde, prevalecia assim o imediatismo das funções pela intensidade dos serviços.

Entende-se, porém, que se as usuárias fossem acompanhadas de modo sistemático, haveria maior processualidade, pois a informação sobre ela voltaria ao profissional, ainda mais por se tratar de recém nascidos que precisam de todo acolhimento familiar e institucional. Em resumo, se identificava nesta unidade a existência de muitas demandas, logo, muitos atendimentos sobrecarregando os profissionais, situação nada muito distante da realidade de uma unidade de atenção básica, sem contar que nesta maternidade o relacionamento interdisciplinar era ainda mais vago, apenas algumas questões resolvidas conjuntamente com enfermeiras ou com psicólogos e baixa interdisciplinaridade nas ações sobre os casos e menos ainda contato com o pessoal da medicina, prevalecendo mais uma vez a hierarquia médica.

É fundamental o desenvolvimento de leituras diversas sobre as bibliografias relacionadas ao setor de saúde reprodutiva, sobre a trajetória institucional e sobre alguma especialidade da atenção, no caso referente a instituição aqui proposta, a atenção terciária já que se trata especificamente de internações no entanto por também englobar procedimentos nos níveis primário e secundário. Ao se referir sobre a Maternidade Alexander Fleming local este onde se insere o estagiário, tais leituras são uma ferramenta auxiliar de aprendizado que deve ser explorada a partir do primeiro contato entre o aluno e profissional sendo importante que venha se mantendo essa rotina durante todo o período de estágio, tendo ainda o suporte dos trabalhos

acadêmicos e devendo assim ser uma rotina por parte do aluno à observação atenta das atividades desenvolvidas pelo supervisor, estes são movimentos de aprendizado e pesquisa que foram desenvolvidos nos espaços do estágio.

Observou-se que durante a supervisão nesta instituição seja nas enfermarias ou em reuniões na sala de Serviço Social, além de serem abordados pontos referentes às especificidades da atuação profissional com os alunos, se poderia verificar também bons conhecimentos sobre a práxis como um todo, pode-se afirmar foram instrutivos aqueles momentos.

O incentivo às leituras se deu para que os estagiários se apropriassem bem de alguns conteúdos sócio-históricos e geográficos da instituição, além desses materiais havia também um livro preto catalogado com vários trabalhos dos estagiários que haviam passado pela maternidade. Além do livro preto do Serviço Social, contou-se com anotações do livro do próprio ambulatório, este com informações gerais do formato: nome da usuária, bairro, se primeira vez na unidade ou se subsequente e também um livro de ocorrências não deixando de destacar mais uma vez a supervisão sempre presente das assistentes sociais, como análise deste tema destacarei a referência abaixo que trata desse determinado instrumento de atuação do profissional.

Pode-se entender que qualquer ação com intenção de produzir maior eficiência na busca de informações com foco na captação e absorção de dados sobre a situação de vida dos usuários são muito bem-vindos. É a partir dos dados e elementos organizados que se produzirá assim a chamada humanização do atendimento, afinal estamos tratando aqui de história de vidas, de vivências sociais no dia a dia, e por isso a importância da prática da pesquisa a fim de que sempre haja a melhora do atendimento e do acolhimento refletindo assim no futuro da prática.

3.2.1- Observação e Análise no estágio

Na instituição havia acompanhamento do supervisor junto com outras estudantes da UFF, UFRJ, UERJ e Estácio de Sá, obedecendo a troca de agendas de acordo com disponibilidade do dia de cada estagiário, com rotinas desenvolvidas nos espaços que seguem descritos : nas visitas passadas nas enfermarias do 2º e 3º andar da maternidade, nos leitos das puérperas e também as vezes: visitaçã passada com todos os estagiários juntos, pelo menos os que estavam com agenda de supervisão para o mesmo dia.

Na unidade as informações para acompanhantes eram organizadas, onde se comunicava sobre: vale transporte gratuito para idoso, troca de acompanhantes e orientações gerais aos pacientes quanto à procedimentos da maternidade referente a alta hospitalar da mãe e do RN, registro do RN. A maternidade Alexander Fleming, em 2003, teve incorporado em seu espaço físico um cartório de registro civil. esta incluída nessa política de registro civil como um direito principal e primeiro da criança integrada ao ECA e como unidade que tem o selo do hospital amigo da criança além de outros títulos, investe no maior amparo possível para a criança na sua saúde e nos direitos civis.

Para assistência à saúde da mulher, o HMAF está dividido em área ambulatorial e área hospitalar e ainda no que diz respeito ao âmbito institucional, a atuação do profissional do Serviço Social perpassa ao atendimento feito somente na maternidade, sendo assim, faz-se articulação com outras instituições. Como por exemplo, os CRAS, CREAMS, abrigos, Conselho Tutelar, Defensoria pública, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Menino Jesus dentre outras unidades hospitalares, não se esquecendo do vínculo com a Previdência Social, o CAPS., postos de Saúde, clínicas da família, dentre outros.

Atualmente o Serviço Social do HMAF tem como principal objetivo desenvolver ações, que priorizam a promoção e prevenção de saúde – pilar fundamental na integralidade da assistência à saúde da mulher prevista no PAISM (Programa Assistência Integral à saúde da Mulher), bem como o reconhecimento dos direitos sociais e reprodutivos.

As atividades realizadas pelo Serviço Social no HMAF eram: registro no livro de atendimento do ambulatório, entrevista inicial com as gestantes do pré-natal e também na sala de visita da UNEO, intervenções diárias aos leitos das usuárias que se encontram internadas, com abordagens e distribuições de folders informativos, preenchimento da ficha de investigação de óbito fetal e maternal (o Serviço Social ou a psicologia são responsáveis por fazer esse protocolo de investigação; participação na comissão de óbito da unidade HMAF) e orientação de sepultamento gratuito, familiar, orientação de registro civil de nascimento gratuito e demais demandas trazidas, controle das pacientes internadas (endereço, telefone, data de internação, nome completo da paciente, colher endereço, nome do pai do RN, telefone para contato, declaração de internação do HMAF ao interno, declaração de comparecimento para o pai do RN, orientação de licença paternidade e licença maternidade para mulheres com carteira assinada e estudantes, orientação e encaminhamento ao Acolhimento Mulher, nos casos de aborto,

participação junto à equipe multidisciplinar os casos de saída à revelia da mãe com RN sem devida alta hospitalar, acompanhamento aos casos sociais que demandem interlocução com órgãos competentes (Juizado da Infância, Juventude e Idoso, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, Abrigos, e Rede de Assistências Social, Saúde, e etc...; Elaboração de Relatórios Sociais para os referidos órgãos competentes.

Observando as rotinas do Serviço Social na unidade, a saber, nos atendimentos ambulatoriais, nas enfermarias, na discussão de casos, na participação das supervisões coletivas e individuais, além do preenchimento de formulário levantamentos de óbitos fetais, as demandas que aparecem na sua maioria espontâneas e outras subsequentes, as quais são registradas em um livro de ocorrência do ambulatório, onde se pede o nome, data de nascimento, sexo, bairro, demanda etc. e, que esse registro, consiste em uma nova estratégia de aferir a produtividade do trabalho no SUS. Segundo Costa (2006), essa tendência tem produzido sérios impactos à prática profissional dos Assistentes Sociais, uma vez que não expressa o trabalho coletivo, essencial na dinâmica do SUS, as condições de trabalho dos profissionais Recursos humanos e materiais) e a alienação do “nomadismo dos usuários” e o reconhecimento das contradições universais e particulares da política de saúde. Nesse espaço, os assistentes sociais, geralmente, encaminham os usuários a outros profissionais e/ ou instituições, por meio de guia de referência, orientam sobre benefícios sociais e programas sociais, tais como, BPC Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família, Passe Livre (município do RJ) e outros; sobre o registro do RN, das visitas do sepultamento gratuito, dos direitos previdenciários e trabalhistas, como licença maternidade e paternidade e etc. Além de preencher declarações de comparecimento e orientar as usuárias a pedirem o atestado médico.

As discussões de caso, geralmente acontecem na sala de chefia do Serviço Social, quando as assistentes sociais apresentam as situações vividas pelos usuários, a leitura dos dados coletados das entrevistas, prontuários, a fim de melhor compreensão da realidade do usuário, para a realização de mediações e intervenção no caso. Às vezes é necessário à elaboração de relatórios sociais encaminhados à Vara da Infância e Juventude (VIJJ), bem como a abrigos da prefeitura do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública.

No cotidiano de trabalho do assistente social na maternidade o profissional deve realizar junto aos usuários a análise dos aspectos e determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença, atendendo às demandas da população de satisfação de necessidades

globais de vida, como alimentação, habitação, educação e participação social, articuladas com a política de saúde, sendo assim o Assistente Social no cotidiano do seu exercício profissional, em determinado espaço sócio ocupacional, para não se limitar a ser um executor terminal das políticas sociais, como já mencionou Netto (1992), precisa fazer uma análise crítica da demanda que chega até ele, uma ou mais expressão da questão social, oriunda de suas condições de vida e relações sociais.

Mediante a correlação de forças no caso do HMAF ali atuantes o profissional de Serviço Social tendencialmente busca estabelecer elo com categorias, para que o trabalho não seja centralizado no atendimento de demandas espontâneas, mas em estratégias coletivas. O que dependendo do profissional de outra categoria, dificulta muito esse processo do Serviço Social. Levando em consideração que o trabalho em equipe é uma dificuldade na instituição, observa-se uma dificuldade de realização de reuniões de equipe e de realização de planejamento coletivo do trabalho. Isso ocorre com a precarização do trabalho seja por parte dos assistentes sociais e das demais profissionais da equipe de saúde. Nós encontramos dificuldades na realização do planejamento familiar, por conta da falta de profissionais da saúde, na realização do grupo de adolescentes adultas (por falta de profissionais de Serviço Social), entre outros.

O Serviço Social da maternidade está inserido na categoria de atores subordinados dentro da instituição HMAF. Entendendo que “subordinados” são aqueles que por alguma razão acatam ordens e estão abaixo de outras categorias. Essas categorias qual citei, aqui na instituição cabe ressaltar que são a Direção Geral, a Vice-Direção, as Direções Médicas e Administrativas, logo após, seguidos das chefias de cada categoria, qual o Serviço Social está excluído. Já que ele não pertence mais a Secretaria Municipal de Saúde e sim da Secretaria de Assistencial Social, qual foi cedida ao HMAF, portanto, administrativamente, o Serviço Social não faz parte do quadro de funcionários do hospital no que diz respeito às chefias, já que o mesmo foi extinto pelo SMAS. Em contrapartida, a direção do hospital e a equipe de Serviço Social entenderam a importância de uma chefia dentro da categoria.

As equipes devem pautar e negociar outros momentos – reuniões -que considerem pertinentes e necessárias para direcionamento de seu trabalho, na perspectiva de informação para planejamento e organização dos serviços, e incentivada enquanto processo pedagógico que lhes possibilite crescer em sua capacidade de análise e intervenção, isto é, crescer pessoal e profissionalmente em seu potencial analítico, crítico (SANTOS FILHO, 2007, p. 264).

São atendidos pelo Serviço Social do HAMF na maior parte, trabalhadores de baixa renda, baixa escolaridade, com falta de apoio familiar, dificuldade sócio econômica (desemprego), RN - bebê prematuro em situação de desenvolvimento físico, mental e social, gestantes, puérperas, vítimas de violência doméstica, psicológica e sexual podendo ser mulher, criança e adolescente, abortamento, gestantes presidiárias do complexo penitenciário de Bangu, gestantes vindas de diversas áreas e que carecem do Sistema Único de Saúde, destacando ainda que no centro de saúde eram fornecidas orientações sobre direitos e programas sociais, sobretudo acesso ao Programa Bolsa Família, Programa Carinhoso, Vale Social, LOAS, entre outros.

O Hospital maternidade é referência no atendimento ambulatorial de pré-natal de gestantes que apresentam risco de vida (hipertensão, diabetes, abortamento, trabalho de parto prematuro, história de eclampsia etc.), tanto para as próprias (estas são transferidas para outras unidades dependendo do quadro de agravamento apresentado), quanto para os recém-nascidos de baixo peso e/ou de risco, sendo estes internados na Unidade Neonatal (UNEO) oferecida na própria maternidade. Além dos atendimentos de rotina voltados para gestantes, a unidade por incentivar e promover o aleitamento materno exclusivo, foi contemplada, em 1995, como título “Hospital Amigo da Criança”. Conta também na emergência, com a equipe multiprofissional no atendimento às crianças e mulheres Vítimas de Violência Sexual (VVS). Na unidade, o grupo composto por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentista e farmacêutico, oferece à comunidade circunvizinha através do Programa de Controle do Tabagismo com reuniões de estímulo para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis para aqueles que desejam parar de fumar. Por iniciativa da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) com a finalidade de diminuir o número de Sub-registro, a maternidade teve incorporado em seu espaço físico em 2003, o Cartório de Registro Civil, lembrando que no atendimentos as usuárias internadas e as suas famílias identificou se um significativo aumento dos casos de dependência química, sobretudo uso de crack. Tal situação remete a necessidade de estudo de casos em equipe multidisciplinar da unidade, bem como articulação com órgãos da rede sócio assistencial. A equipe do Serviço Social percebe que se faz necessário buscar capacitação a respeito do tema face a complexidade dos casos que se tem recebido.

O Serviço Social iniciou suas atividades no HMAF em 1968, e desde então atravessou diversas mudanças quanto à gestão da Política de Saúde. Nos últimos anos a equipe de Serviço Social tem sofrido a diminuição gradativa de seu quadro de profissionais, fato que compromete a

qualidade dos serviços prestados a população da AP 3.3 e demais áreas atendidas pela maternidade, em contradição ao crescente aumento e empobrecimento da população, e das demandas solicitadas ao Assistente Social, as atribuições e Competências desse profissional na instituição eram: Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares. Ocorreram significativa diminuição de profissionais atuantes na maternidade e seu fator norteador de tal diminuição gradativa se dava pela Política do Estado Neoliberal que cumprindo a nova lógica do capitalismo globalizado ela veio intensificando as privatizações, ampliação dos espaços econômicos empresariais e também a subordinação dos Estados minimistas com a lógica do mercado internacionalizado

A atuação do profissional do Serviço Social na maternidade perpassa ao atendimento feito somente na mesma pois faz-se articulação com outras instituições. Como por exemplo, os CRAS, CREAS, abrigos, Conselho Tutelar, Defensoria pública, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Menino Jesus dentre outras unidades hospitalares, não se esquecendo do vínculo com a Previdência Social, o Caps, postos de Saúde, clínicas da família, dentre outros sendo importante assim que as articulações e os encaminhamentos na unidade fossem feitos de forma qualificada, buscando orientar o usuário de forma esclarecedora, para que se cumpra o que determina nossa Lei de Regulamentação da Profissão em seu Artigo 4º.

3.3- NASF – NAGIB JORGE FARAH

O Centro Municipal de Saúde Dr Nagib Jorge Farah. (CNES: 2296535) está localizado na Praça Soldado Michel Cheib, S/N, Jardim América, Rio de Janeiro, RJ atende aos bairros de Jardim América e Vigário Geral. Foi inaugurado em 9 de janeiro de 1988, porém, o ingresso da estratégia de saúde da família na unidade ocorreu em março/2010, cobrindo inicialmente somente uma parte do bairro de Jardim América. Em abril/2012, a unidade foi reinaugurada e o território da estratégia de saúde da família foi expandido para toda a população desse bairro. Por ser uma Unidade Tipo B, o CMS Nagib continua atendendo a população residente em parte do bairro de Vigário Geral, que ainda não é coberta pela estratégia.

O local do prédio é dividido com a Estação Observatório (OTICS) e com a Secretaria de, com a Assistência Social (CRAS Anilva Dutra Mendes) e Secretaria da Pessoa com Deficiência

e Cuidados Especiais (RBC) e o CMS NJF está inserido no Subsistema de Vigário Geral, da CGS AP 3.1, onde está com as unidades: CF Joãozinho Trinta, CF Iraci Lopes, CF Heitor Prazeres, CF João Cândido, CMS José Breves.

Foi nesta unidade de saúde que se modificaram as visões sobre o mapa teórico prático da atuação profissional, pois é neste momento então que tomo conhecimento de um projeto que se coloca como inovador na sua estrutura. A partir do conceito “princípio da roda”, princípio Paideia entendido assim como sistema em que todos os profissionais se interagem desde o médico ao educador físico, psicólogos, Assistentes Sociais enfim, todos, devido ao processo da interdisciplinaridade ser explorado em grau máximo através de atividades chamadas de ‘matriciamentos’.

Essas atividades de matriciamento nada mais são que rotinas de visitas feitas pelos profissionais do NASF, nas salas das enfermarias ou demais locais da equipe de referência com o intuito de ir coletando casos, ou melhor, demandas inerentes às suas atribuições no posto, às vezes a própria equipe de referência ia até a sala do NASF relatando algumas situações que poderiam ser de responsabilidade do grupo. Seria uma espécie de divisão entre as áreas médicas na equipe de referência com médicos e enfermeiros e as áreas científicas no NASF equipe do Matricialmente com Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Educador Físico, Fonoaudiólogos, onde as duas áreas ou setores se comunicam o tempo todo e em nível de igualdade para um propósito comum. Seria comumente um papel da interdisciplinaridade explorada por alguns profissionais por exemplo nas maternidades, no entanto agora se articulando com as áreas médicas numa relação colaborativa.

Então a intenção é que todos trabalhem em relação horizontal, como numa linha nivelada e em roda a fim de que cada um tenha certos conhecimentos de cada campo e sobre as áreas envolvidas pois se entende que por aprendizado em cadeia, se vivenciaria melhor a troca de informações podendo se evitar por exemplo demandas encaminhadas erroneamente, se conseguiria atender melhor pois se produziria tempo e se provocaria uma melhor articulação para que essa informação pudesse chegar a todos os usuários com a ideia de que estes se previnam mais e melhor, que se interessem mais pela saúde, pela informação da prevenção e que participassem desta como iguais a ponto de até poderem ser agentes promotores dessa informação, divulgando sobre os hábitos da prevenção em saúde, seja pelo posto e destes pelas comunidades.

Tal processo não seria uma forma de repassar atribuições do Estado para a população, porém pelo contrário, traz a população para perto do Estado através daquele contato inicial pelo e a-partir do posto de saúde, claro que isso com a ajuda de um intermediário principal que é Agente Comunitário de Saúde.

3.3.1- Agentes Comunitário de Saúde complementares da Estratégia Saúde da Família

É a partir da ação do agente na saúde que esta ação não está limitada ao atendimento entre quatro paredes pois existe a continuidade do atendimento para fora do posto através da troca continuada de informações nos bairros. A proposta é integração da comunidade aos centros de saúde, vivência com o posto e do posto de saúde a partir de própria pessoa que além de trabalhar na região também é morador de lá e a qual continuaria trazendo informações sociais ou de saúde sobre a vida dos usuários fazendo esta ir sempre circulando nos espaços, uma forma de atualização do antigo PSF de rua.

É este um momento de grande satisfação para os profissionais por poderem ver, ou melhor saber que um trabalho está continuando durante toda sua vivência naquele local já que este saberá de muitos momentos da vida de um usuário atendido. A informação sempre chegaria da comunidade ao hospital, mais cedo ou mais tarde, a hierarquia médica nesta proposta então é desfeita havendo até certa assimilação e satisfação por parte dos próprios médicos em relação a fórmula, no caso aqui o CMS de Jardim América por ser um campo de estágio da atenção básica mas que já faz parte de um projeto novo que traz algumas dúvidas, um projeto que deve observar algumas frentes que desprendem na correlação de forças pois existem os interesses incursantes para o sucesso ou não do mesmo.

Uma ideia que surge é de que tal projeto poderia ser aplicado, construído ou incentivado em outros setores da saúde como exemplo as maternidades aqui faladas, pois estas também têm grande movimento de demandas e circulação de leitos que seja. Se está funcionando na atenção primária que é praticamente a triagem dos serviços e onde tudo inicia por lá, poderia ser possível funcionar em algum momento nas atenções secundárias e terciárias, a ideia aqui é analisar por meio de dados as diferenças e semelhanças entre maternidades e o NASF, para a reflexão de tal processo posto aqui neste momento.

Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa

de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.

3.3.2- Observação e análise no estágio

Por ser o primeiro contato entre o aluno e a Instituição, considera-se bastante importante o desenvolvimento no estágio, de leituras bibliográficas como as referentes a Unidade de saúde, as referentes às temáticas trabalhadas e também se utilizando da metodologia de observação concentrada no acompanhamento da rotina e das atividades diárias de trabalho do Serviço Social como complemento do aprendizado, tarefas estas que foram desenvolvidas nos seguintes locais dentro da unidade :

É por meio dos (matriciamentos) onde o profissional, Assistente Social ou outro profissional fazem a escuta de casos com equipe principal da ESF, faz-se a triagem das demandas onde os casos, após analisados pela equipe NASF eles são atribuídos a determinada área profissional dentre os membros do NASF, chamada de equipe de apoio. Dependendo da especialidade e de quem foi fazer a escuta existe ainda uma reunião entre os profissionais para ver os possíveis procedimentos e especialidade técnicas esse processo acaba repercutindo em um atendimento cada vez mais (humanizado) onde o usuário é visto e auxiliado como um ser vivo e não meramente um serviço profissional, nesse caso para os setores que trabalham com pessoas.

Existem ainda as inter-consultas que ora o Assistente Social do NASF faz com outros profissionais das enfermarias da ESF e ora com os da ala Clínica médica conforme assim são demandadas as especialidades e áreas, estas sendo feitas de alguns modos exemplo: entre profissionais do NASF e usuários, entre o NASF, entre profissionais da ESF e usuários, entre NASF e profissionais da ESF ou entre ESF e ou outro médico, é assim então que se articula o apoio especializado entre equipes.

Essas equipes chamadas de referência é que são a porta de entrada na estrutura da atenção básica, pois elas fazem parte como organismos integrados de ações de uma maneira em que as práticas de saúde focam as ações nas famílias, com um modelo de atuação fundado no conceito de relação horizontal e interdisciplinar do fazer em saúde. Trata-se assim de um modo de fazer com que a informação circule de uma forma que as diversas profissões se complementem, que os profissionais e as áreas se conheçam e façam a apreensão de conceitos técnicos fora das suas áreas e que também absorvam informações sociais e clínicas para os devidos encaminhamentos, só que agora com o maior nível de acertos possível.

Importante abordar novamente a questão desse processo de supervisão que vem se configurando como um momento para se absorver práticas, momento este único da relação no dia a dia entre estagiário e supervisor, momento de troca de anseios e dúvidas por parte dos alunos da profissão e realidades tanto positivas quanto negativas da atuação, do trabalho profissional nas instituições públicas, por exemplo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou Equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

3.3.3- Aspectos institucionais sobre o NASF

Na comunidade em que se situa as parcerias ocorrem com: CRAS Anilva Dutra Mendes, Secretária da Pessoa com Deficiência (Programa de Reabilitação Social Baseada na Comunidade - RBC) Pastoral da Criança, Banco da Providência, Igreja Católica Santa Rosa de Lima, Igreja Batista de Vigário Geral, Escola de Samba Acadêmicos de Vigário Geral, Associação de Moradores de Vigário Geral, Associação de Moradores da Comunidade do Dique, ESF de Vigário Geral, Grupo Afro Reggae, Jornal do Bairro Liberdade Expressão. / FMC

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde com maior resolutividade na rede de serviços. Fala-se então de nova proposta como um modelo para fortalecer os cuidados primários de saúde, pois se atua na prevenção acima de tudo e na formulação de estratégias para se criar vínculos entre pessoas e outros postos de saúde assim como entre comunidades e usuários e entre esses e novamente o posto, a ideia é trazer os moradores até o local da saúde.

O local onde se insere e atua esse NASF projeto do campo de estágio é o posto de saúde Nagib Jorge Farah, este tem como princípios a promoção e prevenção em saúde, em 2016 o mesmo já contava com o número de 8 equipes sendo essa oitava equipe implementada em 2013 que foi batizada como FICAP, para atender parte da população do trecho da Pavuna mais próxima ao CMS Nagib Jorge Farah e outras duas já estão se apropriando da rotina do posto para começar a trabalhar. A meta da Estratégia Saúde da Família é cobrir até 100% dos territórios descobertos até dezembro 2016 e provável que mais uma equipe virá em 2017 para desafogar assim os trabalhadores do programa, lembrando que o número máximo de equipes da modalidade (NASF 1), o mais amplo é 9 equipes, ou seja esse total já vai ser extrapolado sendo necessário então, complementar com mais um programa ou modalidade seja com o NASF 2 ou NASF 3 inseridos em algum outro posto de saúde da região o que não ocorrerá provavelmente então como solução equivocada se aumenta a cobertura sem uma maior quantidade de profissionais sobrecarregando os mesmos.

Considerações finais

Buscou-se identificar e evidenciar a importância da integração entre profissionais da saúde em específico o Assistente Social, com os agentes complementares de saúde inclusive os anteriores PSF de Rua e na evolução com funcionalidades alinhadas os Agentes Comunitários de Saúde. Cada um com seu vínculo programático de estratégia e funcionalidades próprios no que concerne aos seus Programas em que se inserem sendo um denominado Programa e o outro uma Estratégia de Saúde da Família e tendo como norteador de avaliação a vivência e atuação no cotidiano do trabalho profissional, tratando aqui da categoria cotidianidade que infere respostas no trabalho, que se torna pura rotina da força de trabalho para tantas profissões, mas que infere muitos debates em específico para o Serviço Social.

No que se refere a relação deste com a categoria cotidianidade em algumas vezes apontado no texto, o trabalho de atenção diária dos profissionais com seu projeto de profissão, e essa importância então foi sim verificada nos resultados observados nas experiências e análises identificadas durante acompanhamentos dos Assistentes Sociais no seu “dia a dia” de atuação com os Agentes complementares nas instituições dos estágios. Este se verificou realmente oportuno diante das minhas motivações nesse espectro, teoria x prática, e diante também desse querer, desse interesse de absorção do atendimento do trabalho com trato humanizado, hora esse percebido na aproximação sempre maior para com usuários e famílias pelo profissional, para com as pessoas ali, cada pessoa ali.

Percebe-se, então, para a compreensão do objeto deste trabalho, que o acompanhamento das situações diárias para atendimento de demandas, mesmo com muitas famílias ocorre em continuidade de processo na alta, na liberação do usuário. Assim como se contemplou a o preceito de saúde que trata pela prevenção, investir no acompanhamento, usuário assistindo em continuidade por profissionais e agente também se mostra relevante. É como se não se quebrasse o vínculo da pessoa usuário para com a pessoa profissional, e tão logo não se quebrando o cuidado em saúde, assim também não causando a perda do todo, da totalidade dessa relação humano social pelo profissional.

Conforme entendimento da importância do SUS, como já destacamos com a atuação dos mencionados agentes de saúde, a diferença é que fica uma fase a mais dos atendimentos ao

cargo desses agentes, onde essa coleta e troca de atualizações se dá pelo método de matriciamento.

Cabe destacar aqui que em momento algum em nenhum dos campos de estágio o trabalho das visitas domiciliares teve algum tipo de alteração em sua funcionalidade diante dessa relação com os agentes complementares, pelo contrário, com mais troca de detalhes contínuos é que acabavam por se requisitar necessidade de mais visitas domiciliares para a investigação pelo assistente social. Nas duas instituições que tinham os agentes complementares se utilizavam das visitas domiciliares, complementavam o processo de trabalho conforme a informação que estes traziam para a equipe multidisciplinar no programa. No caso da maternidade em questão que não tinha a presença desses agentes, havia uma linha de trabalho bem resolutiva com a parceria dos estagiários, por exemplo, mas em análise poderia se indicar que este se utilizassem também desse modelo de trabalho com parcerias, seu quadro diretor poderia a partir de estudo poderia optar por introduzir essa perspectiva de atuação, como já fora dito trata-se de uma complementaridade colaborado e muito com esse bom trabalho isso era certo, era fato de ocorrer e dar bem certo como nos demais campos de estágio.

Baseado na rotina do sistema de saúde, a figura do profissional com seu acompanhamento, com sua análise robusta de informações faz com que esse projeto futuro daquela sociedade menos injusta e mais humana, uma mudança de pensamento na sociedade. É com base nessa análise que sustentamos que é o homem um agente de mudanças, este homem suportado no conhecimento da existência na história de períodos de desvinculação de direitos sociais como exemplo o direito integral a saúde.

Percebido tais fatores em leitura atenta das relações estabelecidas com a sociedade e com a construção coletiva da constituição de 1988, também se verifica a capacidade do homem de estudar o por que desses direitos de justiça, direitos de amparo social, direito de uma atenção humanizada do Estado para com cidadãos deles terem sempre na histórica terem caminhado a uma desvinculação dos indivíduos, indivíduos que se situam num modelo que ao mesmo que unifica para produzir ele separa para se viver, o que vai exigir no movimento do conhecimento teórico-metodológico uma necessidade de estudo e interpretação da ligação de fatos passados com as novidades presentes.

Sustentamos a importância de todos serem capacitados a compreender criticamente a sociedade brasileira do século XXI, as demandas sociais, informações para além da doença

quando do relato de seus problemas chegando aos problemas de vida na sociedade capitalista, considerando que entre o que atende e o atendido existe relação humana logo de busca do bem comum.

Nesta linha pode-se falar das parcelas de populações pobres que vivem em áreas impactadas de todos os riscos sejam eles resultantes do não alcance da lei, do Estado seja da segurança moral e política onde, independente de situação social, todos acabam sentindo os efeitos por fazerem parte de mesmo modelo de estrutura societária, um modelo que não valoriza o bem comum e que parece cada vez mais incentivar o individualismo, a submissão e a disputa. Por ser tratar a saúde de um ambiente em que o tipo de serviço é propício a esse processo comunicativo já que ela tem como seu cerne e objeto de existência a vida ou geração dela, no caso como uma referência aqui uma maternidade, hospital maternidade, as pessoas então abrem a falar de sua vida, sua saúde assim como o ambiente possibilita a maior empatia entre profissional e usuário.

Destacamos aqui que as várias considerações desse profissional são classificáveis a respeito do que está intrinsecamente ligado ao agir e refletir, este tipo de profissional denominado Assistente Social é um coparticipe e agente da mudança em função de suas responsabilidades. Há que se ressaltar e não se pode esquecer sempre da necessidade de embasamento teórico na atuação profissional alinhando dialogando sempre com a experiência prática para a tomada de postura e posição de suas funções, suas atribuições reais, de seu papel, frente a questões que se colocam na direção de assegurar e ampliar os direitos sociais de quem muitas vezes sequer os conhece.

Referências Bibliográficas

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.

BEHRING E.; BOSCHETTI, I. - Política Social Fundamento e História. Editora Cortez: São Paulo, 2007.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. Bravo, Maria Inês. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/images/arquivos/caopsaude/Publicações/Pol%C3%ADtica_de_Saúde_no_Brasil.pdf>. Acesso em nov. 2021.

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em nov. 2021.

COELHO, M. Imediaticidade na Prática Profissional do Assistente Social. Lumem Juris: São Paulo, 2013.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em Tempos de Capital. Editora Cortez: São Paulo, 2007.

IAMAMOTO, M. V. ; CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Editora Cortez: São Paulo, 2006.

MATOS, M.C. Serviço Social Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional. Editora Cortez: São Paulo, 2013.

Moraes, Simoni. Plano de Estágio, 2012.

NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e serviço social 7. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

SANTOS FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

SOUZA, F.V. F. Começando o debate. In: CAVALCANTI, L. F. (Orgs.). A política Nacional de Assistência Social. Apostila, 2008.

Sites Consultados

Regimento interno Nagib Jorge Farah. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B_Z4Q9FLcRFCMVd6V2t0OEpTaU0/view>. Acesso em Out. 2021.

REDE HUMANIZA SUS: Disponível em <http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao>. Acesso em out. 2021.

CMS NAGIB JORGE FARAH. Disponível em: <<http://smsdc-cms-nagibjfarah.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>>. Acesso em: out. 2021.