

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

BIBIANA CRISTINA GRANATA BENATTI

**O SERVIÇO SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: potencialidades de uma aproximação**

Ribeirão Preto
2008

BIBIANA CRISTINA GRANATA BENATTI

**O SERVIÇO SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: potencialidades de uma aproximação**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto/USP para
obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria do Carmo
Gullaci Guimarães Caccia-Bava.

Ribeirão Preto
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Benatti, Bibiana Cristina Granata Benatti.

O serviço social e a estratégia saúde da família: potencialidades de uma aproximação. Ribeirão Preto, 2008.

73 p. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Caccia-Bava, Maria do Carmo Gullaci Guimarães.

1. Serviço Social. 2. Atenção Básica. 3. Promoção da Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bibiana Cristina Granata Benatti

O serviço social e a estratégia saúde da família: potencialidades de uma aproximação.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto/USP para obtenção do título de
Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovado em: ____/____/2008

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Ruffino Neto

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Íris Fenner Bertani

Instituição: Faculdade de História, Direito e Serviço Social – Universidade Estadual Paulista

Assinatura: _____

*À Deus,
pelo dom da vida...*

*Aos meus pais,
por terem me gerado, me conduzido e me apoiado nesses meus 27 anos de vida...*

*Aos meus irmãos,
pela convivência (mesmo que na ausência) e pelos inúmeros momentos
compartilhados durante a vida...*

*À você Helber,
pelo amor, companheirismo e pela oportunidade de iniciar uma nova vida...*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Toninho e Lena, pelo incentivo e apoio em qualquer que fosse minha decisão, não só em relação à este trabalho, mas em todos os aspectos da minha vida;

Ao meu irmão, Igor, pelos diversos livros “levados e trazidos” da faculdade que muito ajudaram na composição deste todo;

Ao meu noivo, Helber, que por mais contrariado que estivesse, me acompanhou nas entrevistas e me auxiliou em outros momentos deste trabalho nos quais eu pedia com “jeitinho”;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria do Carmo, por ter me ajudado inicialmente sem ao menos me conhecer e, após o ingresso no Mestrado, pelas orientações, “luzes no fim do túnel”, idéias e respostas mil aos e-mails que iam e vinham...

À todos que colaboraram com a realização deste trabalho:

- professores e funcionários do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP;
- à Assistente Social do CSE, Márcia, por ter colaborado no fornecimento de seus dados para que pudessem ser compostos os sujeitos da pesquisa;
- aos funcionários da seção de prontuários do CSE, os quais auxiliaram na busca para consulta dos prontuários dos pacientes atendidos.

À todos aqueles que direta ou indiretamente participaram desta etapa da minha vida, seja com palavras, incentivos, sugestões, entre outros...

*“Intervir é escolher caminhos com riscos implícitos e explícitos
em cada conjuntura, em cada crise.
Escolher implica também ter força pois, quanto mais forte se é
ideológica, política e economicamente,
tanto mais se amplia o campo de opções,
é claro, não sem contradições”*

(Vicente de Paula Faleiros)

RESUMO

BENATTI, B.C.G. O serviço social e a estratégia saúde da família: potencialidades de uma aproximação. 2008. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, amplia-se universalmente o direito à saúde e, regulamentado pela Lei nº 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS), passa a ter a responsabilidade de atender os cidadãos de acordo com suas necessidades, independentemente de contribuição com a Previdência Social ou de pagamento direto pelo atendimento. A instituição dessa nova concepção de saúde trouxe também um novo caráter às práticas assistenciais. A saúde como direito social envolve não apenas a assistência, reabilitação e prevenção de doenças, mas a promoção da saúde, a participação e o controle social. A superação do paradigma biomédico vem requerendo cada vez mais a incorporação de outros saberes e práticas, como a do Serviço Social, interagindo na construção social da saúde e no enfrentamento de seus determinantes sociais. Entretanto, visões mais conservadoras ainda coexistem em ambas as áreas, restringindo as expectativas para o setor Saúde e para o Serviço Social a uma atuação assistencialista. A Assistência Social e a Atenção Básica à Saúde, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, têm em comum a busca por um maior protagonismo social, o estímulo à emergência de novos atores, que construam solidariamente comunidades pró-ativas e críticas e, potencialmente, mais saudáveis. O presente trabalho buscou comparar os tipos de intervenções apresentadas ao Serviço Social pelos usuários dos vários modelos de prestação da Atenção Básica em Saúde no Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto. Utilizando-se das abordagens quanti-qualitativas, inicialmente procedeu ao levantamento das 142 pessoas atendidas pelo assistente social da Unidade de Saúde entre janeiro e março de 2007 para identificação dos atendidos. A maioria desses pacientes era do sexo feminino (73%) e de áreas sem a cobertura da Estratégia Saúde da Família (75%). Após realizou-se entrevistas semi-estruturadas no domicílio de 31 famílias definidas por critérios prévios, sendo 17 delas vinculadas à SF. A categoria empírica construída a partir das entrevistas refere-se ao Serviço Social como agenciador de benefícios assistenciais, indo ao encontro do que aponta Faleiros (2001), quanto à sua origem já como profissional “solucionador de problemas”, ligados à ótica da instituição em que atuam. Demandas pautadas na ação profissional em sintonia com a lógica da Promoção da Saúde, a partir da criação de novas estratégias para superar carências e chegar às “causas das causas”, na perspectiva do fortalecimento da comunidade não foram apresentadas, independentemente do modelo de prestação da assistência, apontando que a viabilização de projetos de emancipação dizem respeito toda uma sociedade e não a apenas uma categoria profissional.

Palavras-chaves: Serviço Social; Atenção Básica; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

BENATTI, B.C.G. Social Work and Family Health Strategy: possibilities of an approximation. 2008. 73 f. Dissertation (Master) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

With the promulgation of Federal Constitution, in 1988, the universal right to health was enlarged and regulated by the Law number 8080/90, the Unique System of Health (SUS), starts to have the responsibility of assisting all citizens in agreement with their needs, without considering the contribution with Social Welfare or of direct payment for the assistance. The institution of that new conception of health also brought a new character to the assistance practices. Health as social right involves not just the attendance, rehabilitation and prevention of diseases, but the promotion of health, participation and social control. The overcoming of the biomedical paradigm is requesting more and more the incorporation of others' knowledges and practices, as the one of the Social Work, interacting in the social construction of the health facing its social determinants. However, more conservative visions still coexist in both areas, restricting the expectations for the Health section and for the Social Work to an assistential performance. The Social Assistance and the Primary Care in Health, mainly through the Family Health Strategy, have in common the search for a larger social protagonisms, the incentive to the new actors' emergency, that build solidarily for-active and critical communities and, potentially, healthier. The present work looked for comparing the types of interventions presented to the Social Work by the users of the several models of installment of the Primary Care in Health in the West District of Health of Ribeirão Preto. Being used of the quanti-qualitative approaches, initially it proceeded to the rising of the 142 people attendances done by the social worker of the Unit of Health between January and March of 2007 for identification of those assisted. Most of those patients were of the feminine sex (73%) and of areas without the covering of the Family Health Strategy (75%). After, semi-structured interviews were completed in the home of 31 defined families by previous criteria, being 17 of them linked to Family Health Strategy. The empiric category built starting from the interviews refers to the Social Work as agent of assistential benefits and according to what Faleiros (2001) points, based on their origin as a "problem solver" professional, linked to the optics of the institution in that act. Demands ruled in the professional action in accordance with the logic of the Health Promotion, starting from the creation of new strategies to overcome lacks and to arrive to the "causes of the causes ", in the perspective of the community's invigoration were not presented, not considering of the model of installment of the attendance, pointing that the feasible of emancipation projects tells respect an entire society and not the just a professional category.

Key words: Social Work; Primary Care; Health Promotion.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CF – Constituição Federal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSE – Centro de Saúde Escola
EUA – Estados Unidos da América
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social
IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NSF – Núcleo de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PSF – Programa Saúde da Família
SCFBES – Secretaria da Criança, Família e Bem Estar Social do Estado de São Paulo
SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SF – Saúde da Família

SS – Serviço Social

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO	13
2 – INTRODUÇÃO	15
2.1 – Assistência Social e Saúde	15
2.1.1 – A trajetória do setor saúde em nosso país	16
2.1.2 – A Reforma Sanitária e as novas exigências para o Serviço Social na Saúde	20
2.1.3 – A Promoção da Saúde	24
2.2 – As Famílias	26
2.2.1 – O trabalho com famílias	31
3 – OBJETIVOS	35
4 – METODOLOGIA	36
4.1 – Classificação da Pesquisa	36
4.2 – Campo de Estudo	38
4.3 – Local da Pesquisa	41
4.4 – Procedimentos para a coleta de dados	43
4.5 – Considerações Éticas	45
4.6 – Análise dos dados	45
5 – RESULTADOS	47
5.1 – Primeira etapa	47
5.2 – Segunda etapa	49
5.2.1 – Encaminhamentos	51
5.2.2 – Demandas sociais e resolubilidade	52
5.2.3 – Expectativas quanto ao Serviço Social	53
5.3 – A construção da categoria empírica	53
6 – DISCUSSÃO	55

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	72

O SERVIÇO SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIALIDADES DE UMA APROXIMAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Já desde a nova Constituição brasileira de 1988, a saúde teve seu conceito ampliado (BRASIL, 1998). A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, que regulamenta o preceito constitucional traz, assim, que a condição de saúde de uma determinada população abrange fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e não mais somente a ausência de doenças. A saúde passa a ser compreendida como um direito social fundamental e produto das condições de vida.

A relação entre condições sociais de existência e saúde coloca esta área como um campo de estudo propício para a inserção do profissional de Serviço Social, que irá lidar, de forma intersetorial, com as questões que interferem, direta e indiretamente, na qualidade de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde das famílias e grupos sociais assistidos.

Durante nosso processo de formação como assistente social tivemos a oportunidade de realizar estágios em instituições que lidam diretamente com famílias, tais como o Departamento de Ação e Desenvolvimento Social – Divisão de Atenção à Família da Secretaria da Assistência Social do município de Ribeirão Preto, por meio do qual estivemos em contato direto com as famílias que buscam a inclusão em programas de benefícios sociais e também a Vara da Infância e Juventude do Fórum da Comarca de Ribeirão Preto.

A aproximação mais sistemática com a área da saúde deu-se nos anos de 2004/2005, período em que realizamos o Programa de Aprimoramento Profissional de Serviço Social em Psiquiatria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. A relação intrínseca entre o suporte familiar e a condição de saúde era constantemente por nós trabalhada, com vistas a desenvolver as capacidades da família no enfrentamento das situações adversas que se apresentavam.

Os estágios, embora realizados em instituições distintas, tiveram como denominador comum o constante contato com a realidade e a problemática que perpassam a esfera das inúmeras famílias assistidas, o que foi nos possibilitando amadurecer a decisão de

estudar a relação entre Serviço Social e a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade prioritária para prestação da Atenção Básica à Saúde.

A Atenção Básica, ao considerar os sujeitos inseridos em sua realidade sócio-cultural e a importância da co-responsabilidade na construção de projetos terapêuticos, incorpora a lógica de novos protagonismos e da participação ativa dos usuários e trabalhadores na construção da cidadania, condição para viabilização dos direitos sociais e, dentre eles, a própria saúde.

Embora o assistente social não componha a equipe mínima da ESF, as famílias cobertas por esta modalidade de atendimento tornam-se um grupo preferencial para a atuação do Serviço Social, dada à sua maior vulnerabilidade social, o que se configura como um dos critérios indicados pelo Ministério da Saúde para a escolha das áreas de implantação das equipes.

Conforme definição do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹, este conceito deve ser entendido como uma combinação de fatores que possam prejudicar o nível de bem-estar, em consequência da exposição a determinados tipos de riscos. A partir deste entendimento, a noção de vulnerabilidade deve se dar de uma maneira multidimensional, visto que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidade.

Ao tomarmos por base a definição considerada pelo IPVS, veremos que a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais está ligada à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade. Neste sentido, a vulnerabilidade social não se limita em considerar a privação de renda (aspecto central nas medições baseadas em linhas de pobreza), mas também a composição familiar, as condições de saúde e o acesso a serviços médicos, o acesso e a qualidade do sistema educacional, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequadas, a existência de garantias legais e políticas, etc.

Nosso estudo evoca a forma como os sujeitos sociais se portam diante de sua realidade social, evidenciando suas necessidades e tipos de intervenções realizadas pelo Serviço Social no atendimento à Atenção Básica de Saúde, proporcionadas por diferentes modelos assistenciais: ora por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ora por meio de unidades de Saúde tradicionais e, ainda, por pessoas atendidas em demanda espontânea.

¹ Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/oipvs.pdf>, acesso em 07 fev.2008.

2. INTRODUÇÃO

2.1 – ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, amplia-se universalmente o direito à saúde e, regulamentado pela Lei nº 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter a responsabilidade de atender os cidadãos de acordo com suas necessidades, independentemente de contribuição com a Previdência Social ou de pagamento direto pelo atendimento. A instituição dessa nova concepção de saúde traz, assim, também um novo caráter às práticas assistenciais.

Visando a construção de um modelo de assistência integral para a população de forma equânime e universal, o Ministério da Saúde adota, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para a implantação da Atenção Básica (AB) à Saúde e para a implementação de um modelo de atenção à saúde abrangente e socialmente inclusivo, fortalecendo os vínculos entre serviço e comunidade, centrado nas premissas da coresponsabilidade, na criação de vínculos de confiança, na longitudinalidade do cuidado coordenado pela equipe de Atenção Básica e não centrado apenas em procedimentos pontuais.

Segundo a Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006, p. 2-3), que traz avanços importantes no conceito, a Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do

sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Nessa nova perspectiva, as ações no campo da saúde passam a considerar toda a complexidade da existência humana, demandando os saberes multidisciplinares e o trabalho de equipes multiprofissionais habilitadas para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, para além dos consultórios tradicionais.

A configuração dessa nova realidade acabou por apontar perspectivas de uma aproximação mais estreita e diferenciada entre o trabalho do assistente social e o de todos os demais profissionais já incorporados na área da saúde.

A inserção das diferentes categorias profissionais no cenário de práticas da área da saúde foi se configurando de maneira distinta de acordo com o que se definia como o objeto da Saúde naquele momento histórico e a concepção do que se entendia como saúde. No atual momento, em que a ativa participação da comunidade e o “redesenho social” com novos protagonismos é apontado como um fator gerador de saúde individual e coletiva, o assistente social passa a ter a possibilidade de uma outra presença nesse cenário.

2.1.1. A trajetória do setor saúde em nosso país:

O processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 1930 influenciou em grande parte a formulação da política de saúde: além do caráter nacional que passou a adotar, esta foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

Até meados dos anos 1960 predominou a saúde pública, tendo como características a ênfase nas campanhas sanitárias, a interiorização das ações para as áreas de

endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias.

Já a medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que passaram a substituir as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) criadas em 1923. Na década de 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propunha a universalização dos benefícios prestados pelos IAP.

Em 1966, em meio à Ditadura Militar iniciada em 1964, criou-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que unificando as Caixas e Institutos, passa a ser o órgão responsável pelos benefícios (aposentadorias e pensões) e pela assistência médica.

Em 1977 toda a responsabilidade da assistência médica previdenciária do INPS é repassada para o recentemente criado Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), sendo que este, devido à sua crescente demanda na época, mesmo apresentando um padrão clientelista de ação, dá à assistência médica individual um maior destaque.

Já desde 1978, na Conferência de Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata, no Cazaquistão, propunha-se uma estratégia para ampliar o acesso da população à saúde, por meio da construção de um modelo voltado não só para a atenção curativa, como também para a promoção e prevenção, numa relação profissional de saúde – indivíduo – família – comunidade – que incorporasse a perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Na década de 1980 vários segmentos da sociedade foram se organizando e debatendo sobre a necessidade da descentralização dos serviços de saúde, entendida esta como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde que atendesse às necessidades de toda a população, de forma a viabilizar sua universalidade e sua equidade (MARTINS, 2002).

Neste contexto surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) democratizando o atendimento à saúde. O SUDS funcionava por meio de convênios realizados entre o Estado e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MARTINS, 2002).

Entretanto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, é um dos marcos históricos mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país, tendo como objetivos, por meio do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, consolidar a busca pelo direito universal à saúde e a criação de um sistema único sob a égide do Estado, que serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal (MARTINS, 2002).

Esse ideário é concretizado em 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF) que, incorporando os princípios defendidos pela Reforma Sanitária, inclui a Saúde no

capítulo da Seguridade Social, a qual passa a configurar-se como o conjunto das ações de Saúde, Previdência e Assistência Social, com um financiamento comum.

Em 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo promulgadas duas Leis Orgânicas regulamentadoras de seu funcionamento: Lei 8.080/90 – que dispõe sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, entre eles, a descentralização político-administrativa e Lei 8.142/90 – que dispõe sobre a participação da comunidade e regula as transferências entre as três esferas governamentais.

O SUS, embasado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular passa a ser visto como um sistema inclusivo, que deve atender a todos de acordo com suas necessidades.

Em seu art. 3^o, a lei 8.080/90, em consonância com a própria Constituição Federal, amplia o conceito de saúde para além da simples ausência de doença, trazendo a necessidade da reorganização de todo o processo de trabalho superando o modelo de assistência à saúde pautado em ações curativas e com foco assistencial médico-hospitalar, definindo o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e ações coletivas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais

A implantação do SUS e a conseqüente operacionalização de alguns de seus princípios básicos ao longo do período culminaram no processo de descentralização em direção aos municípios (MONNERAT et al., 2006). Tal definição se justificava frente à premência de um novo modelo que contemplasse as questões loco-regionais e elegeisse o domicílio e a comunidade como espaços estratégicos, valorizando várias dimensões que se perderam na centralização dos serviços, como a história e a cultura da comunidade e tudo mais que torna significativa uma relação social, passando, com isso, a saúde a ser concebida com um retrato das condições de vida e de trabalho dos diversos grupos sociais (MARTINS, 2002).

O Programa Saúde da Família (PSF), estruturado para oferecer a Atenção Básica à Saúde dentro de uma nova lógica teórico-metodológica, foi a estratégia encontrada nos anos 1990 para se alcançar a atenção integral no Brasil, com a instituição de equipes multiprofissionais estruturadas para atuar a partir do contexto sócio-cultural das famílias,

² A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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. Parágrafo único – Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

caracterizando-se como uma possibilidade de integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados localmente (MARTINS, 2002).

As unidades de Saúde da Família organizam-se pela lógica de fortalecer a Atenção Básica como primeiro contato da população com o serviço local de saúde, oferecendo uma maior resolubilidade para os cuidados prestados dentro do seu âmbito de complexidade, assegurando-se a referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema. Mesmo quando requeridos serviços especializados e com maior densidade tecnológica, deve-se manter na Unidade de Saúde da Família (USF) a coordenação do cuidado.

Dentro deste contexto, a Saúde da Família (SF) configura-se como a potência para reestruturação do sistema de saúde, reorientando o modelo de atenção e imprimindo uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, uma vez que sua atuação se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, o qual pretende ultrapassar as concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive, o centro da atenção à saúde (MONNERAT et al., 2006).

A estratégia pressupõe uma posição ativa para a equipe de saúde, visto que não aguarda a demanda chegar à unidade – processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, organiza seu processo de trabalho a partir da identificação das necessidades em saúde daquele território, numa interação ativa com a comunidade e famílias.

Nessa nova perspectiva as ações no campo da saúde passam a exigir o trabalho de equipes multidisciplinares, estas habilitadas para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente, para além dos espaços intra-muros.

Ao integrar e articular os projetos sociais, inclusive os que extrapolam o âmbito da assistência à saúde, o assistente social mostra-se como um profissional que pode contribuir para a interdisciplinaridade das ações nesta área. Exemplos disso são a atenção sempre presente com as relações intra e extra-familiares; com as condições sócio-econômicas que podem interferir negativamente na saúde da família; a interação com os demais membros da equipe para uma abordagem integral da saúde da família; o preparo para o atendimento das famílias em domicílio; o levantamento de recursos comunitários; a promoção da saúde e a busca pela efetivação dos direitos da população, do controle social e da cidadania (MARTINS, 2002).

Neste sentido, a atuação do assistente social, pautado nos princípios do SUS e nas características de atendimento à Atenção Básica preconizadas principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve levar em consideração ações que caminhem em direção à Promoção da Saúde, tal como veremos mais adiante.

2.1.2 – A Reforma Sanitária e as novas exigências para o Serviço Social na Saúde

O período de 1930 a 1964 caracteriza o surgimento do Serviço Social no Brasil, inicialmente com influência européia e mais tarde substituída pela influência norte-americana. Nesta época também começam a ser desenvolvidas as ações profissionais na área da saúde, apontando algumas evidências significativas, tais como o fato de que embora a área da saúde não tenha sido a que concentrou maior quantidade de profissionais, algumas Escolas surgiram motivadas por demandas do setor; também a formação profissional se pautou, desde seu início, em algumas disciplinas relacionadas à Saúde (BRAVO et al., 2006).

A década de 1970 no Brasil é marcada pelo início do intenso movimento sanitário. Sabemos também que nessa década vivia-se sob um regime autoritário – a ditadura militar instaurada por golpe em abril de 1964. O Serviço Social, além de receber influências dessa conjuntura, encontrava-se em meio a um processo de revisão interna, conhecido como movimento de Reconceituação Profissional³ (MATOS, 2003).

Bravo e Matos (2006) pontuam que o processo de renovação do Serviço Social no Brasil esteve ligado às questões colocadas pela realidade da época; entretanto, por ter se configurado como um movimento de revisão interna, não realizou nexos diretos com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela Reforma Sanitária, o que acabou por sinalizar um descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

A década de 1980, no Brasil, caracterizou-se como um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise do Estado brasileiro que se

³ O Serviço Social, em sua origem, recebeu uma diversidade de influências; assim, o Movimento de Reconceituação, que data dos anos 1960, colocou em crítica a ligação do Serviço Social com países dominantes (seu caráter importado da Europa ou dos EUA). A emergência de uma crise ideológica e política, ao mesmo tempo em que de eficácia, no âmbito da profissão, acabou por implicar na desconstrução e reconstrução de seu objeto de intervenção profissional. A marca central do Movimento de Reconceituação é a construção do eixo da crítica ao mesmo tempo em que o eixo da intervenção; neste sentido, o compromisso entre o profissional e o povo (trabalhadores), a perspectiva do conflito e o processo de crítica podem ser considerados como constitutivos da base comum do Movimento de Reconceituação, existindo ainda a preocupação tanto com o desenvolvimento teórico do Serviço Social, como com sua dimensão crítica e política. (FALEIROS, 2002).

evidenciou na ditadura militar. Ocorre neste período um movimento significativo na saúde coletiva, provocado pela falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente, visando a construção de uma reforma sanitária brasileira (BRAVO et al., 2006).

Também o Serviço Social na década de 1980 estava em busca da ampliação do debate teórico e da incorporação de temáticas, como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo, caracterizado por um processo de negação do Serviço Social tradicional⁴ (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão (BRAVO et al., 2006).

Historicamente a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de Caso), tornando-se a preocupação com a saúde uma questão política a ser explicitada no seio da categoria somente na virada da década de 1980 para 1990, época que marca o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria – intenção de ruptura – e, com isso, a interlocução com a tradição marxista (BRAVO et al., 2006).

De acordo com Matos (2003, p. 87)

nessas questões colocadas (o contexto do surgimento do Serviço Social, a atuação do assistente social na saúde curativa e com abordagem individual e o intenso processo de revisão interna da profissão quando é gestado o movimento sanitário) estão os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde.

Ao considerar que a atuação do Serviço Social em saúde deve se dar permeada pelo projeto ético-político da profissão, Matos (2003, p. 96) a caracteriza

por uma perspectiva de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a busca por novos valores, vinculados a um projeto de sociedade comprometido com a democracia, a liberdade e a justiça social. Para tanto, apanha novos aportes teóricos e metodológicos que culminam com uma nova visão da profissão em vários aspectos, como sua relação com a realidade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários.

Concretamente, é no Código de Ética dos Assistentes Sociais, de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93) e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social, de 1996, que poderemos encontrar o projeto ético-político da profissão

⁴ O processo de negação do Serviço Social tradicional buscava romper com a ideologia da neutralidade do conhecimento, bem como com a idéia de que se poderiam corrigir situações disfuncionais aos indivíduos, adaptando-os às normas sociais vigentes por meio da interação positiva entre o assistente social e o sujeito que busca por atendimento. O Serviço Social Reconceituado passa a demonstrar o comprometimento das ações sociais, a possibilidade do estabelecimento de vínculo dos profissionais com os interesses e necessidades das classes populares e a luta constante pela construção de uma sociedade sem exploração e dominação, mudando-se as relações pessoais, políticas, ideológicas e econômicas nas diferentes instituições da cotidianidade (FALEIROS, 2002).

delineado, acreditando que é o código de ética que vai apresentar as ferramentas desse projeto, o qual compreende valores éticos e políticos centrais, como a liberdade e a justiça social, tendo como pressupostos a equidade e a democracia. (MATOS, 2003).

Bravo⁵ (1998 apud MATOS, 2003, p.95), ao considerar a leitura da realidade, em relação ao que se refere à disputa no marco geral e dos rumos da profissão, identifica que hoje, na saúde, há basicamente dois projetos políticos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, sendo que estes apresentam diferentes requisições para o Serviço Social.

Ao diferenciá-los, a referida autora define o projeto privatista como aquele que vem requisitando ao assistente social a seleção socioeconômica dos usuários, com vistas à exclusão; a atuação psicossocial por meio do aconselhamento; a ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; o assistencialismo, através da ideologia do favor; o predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; as “inovações gerenciais” articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos.

Todavia, caracteriza o projeto da reforma sanitária como o que apresenta ao assistente social demandas nas seguintes questões: construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

Ao propor mudanças no sistema de saúde brasileiro, o movimento sanitário argumentava que a falência do sistema de saúde estava ligada diretamente ao seu modo de concepção e gerenciamento. Assim, o projeto da reforma sanitária, que influenciou a concepção do SUS, parte de uma visão abrangente de saúde e do papel do Estado na prestação desse serviço.

Matos (2003) refere ainda a importância da articulação do projeto da reforma sanitária com os princípios ético-políticos do Serviço Social, uma vez que ambos estão voltados para o mesmo projeto societário, vinculado notadamente aos valores da defesa da justiça social, democracia e igualdade.

Entende-se, assim, que o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca pela incorporação de conhecimentos articulados aos princípios do projeto

⁵ BRAVO, M.I.S. Superando desafios – O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Superando desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE (3)**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

ético-político do Serviço Social, ou seja, será sempre tomando como referência estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está respondendo qualificadamente às necessidades apresentadas pelos usuários do Serviço Social (BRAVO et al., 2006).

Conforme afirmam Bravo e Matos (2006), cabe ao Serviço Social, juntamente com os outros segmentos que defendem a consolidação do SUS, a reformulação de estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços, efetivando o direito social à saúde e também estando atento para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.

O assistente social pode contribuir, para além das intervenções assistenciais no campo da saúde, com práticas sociais voltadas para a sua Promoção. Isso implica em atuar extrapolando a prestação de serviços clínico-assistenciais, adotando ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Entendendo a participação comunitária como eixo básico que norteia tanto as diretrizes da ESF quanto os princípios do Serviço Social, o assistente social mostra-se como um profissional que possui conhecimentos e habilidades que lhe permitem desenvolver ações voltadas para mobilização e organização comunitária de grupos sociais, objetivando estimulá-los e capacitá-los para o exercício pleno da cidadania (MARTINS, 2002).

Enquanto processo de promoção de saúde, a participação é entendida a partir do envolvimento de membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas.

Há ainda, nesse sentido, que ser levada em consideração a promoção de saúde comunitária, uma vez que as comunidades são co-responsáveis pela definição e eleição de seus problemas e necessidades prioritárias.

O controle social é uma forma de ampliar a gestão democrática, de efetivar direitos de cidadania, de socializar o poder e afirmar novos direitos e inclusão social. Neste contexto, o assistente social estimula e reforça na população a importância da participação efetiva e ativa sobre a prestação dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados.

Ao considerarmos que a relação entre saúde e fatores sociais há muito já existe, se torna necessária a participação da população no fomento da instituição de mecanismos democráticos para a tomada de decisão, implementação e avaliação das políticas públicas

(SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Vasconcelos et al. (2006) apontam para o fato de que a participação consciente e organizada dos usuários e profissionais poderá resultar numa significativa contribuição para a realização do controle e fiscalização das Políticas Públicas. Por este motivo, estes autores acrescentam que a atual realidade brasileira demanda profissionais comprometidos em reforçar a vinculação entre ética, política, vida social e vida profissional, visto que uma realidade complexa e contraditória acaba por exigir um posicionamento ético de todos os cidadãos.

De acordo com Bravo e Matos (2006, p. 44), a relação entre Serviço Social e a área da Saúde exige:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;
- estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

2.1.3 – A Promoção da Saúde

Entendida enquanto uma série de ações que buscam potencializar a participação dos cidadãos nos aspectos determinantes da saúde dos cidadãos, a Promoção assumiu uma posição central para a garantia da saúde nos dias de hoje, sobre o que discorreremos, brevemente, a seguir.

Em 1974, o então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, preocupado com a situação de saúde dos canadenses e com os crescentes gastos com serviços de cura e reabilitação, propôs novas estratégias para o enfrentamento dos problemas do sistema nacional de saúde daquele país, ficando este conhecido como *Relatório Lalonde*.

Para Lalonde, os determinantes da saúde eram compostos por 4 categorias: a biologia humana; o ambiente; os estilos de vida; e a organização da assistência, sendo que a partir destas poderia-se pensar em ações que buscassem promover a saúde.

Para Souza e Grundy (2004), o documento lançado por Lalonde veio para

ênfatizar a já existente preocupação com a visão limitada do modelo biomédico tradicional, o qual, de alguma forma, separava o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade.

A declaração de *Alma Ata*, redigida em 1978, preconizava saúde para todos no ano 2000 e chamava atenção para a importância da atenção básica, ressaltando a necessidade da participação comunitária e a interação intersetorial para a saúde.

É a partir da década de 1980 que a promoção de saúde passa a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, sendo o seu conceito introduzido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde – OMS (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Em 1986 ocorreu em Ottawa, Canadá, a I Conferência Sobre Promoção da Saúde. Na ocasião foi elaborada a Carta de Ottawa, que definia, cinco grandes campos de ação para a Promoção da Saúde: a construção e implementação de Políticas Públicas Saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à Saúde, o desenvolvimento de habilidades individuais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.

Outras conferências seguiram-se à de Ottawa: a II Conferência, Adelaide, Austrália, em 1988; a III Conferência de Sundsvall, Suécia, em 1991; a IV Conferência de Jacarta, Indonésia, em 1997.

Os debates realizados em todas elas tinham em comum o fato de apontarem que a Saúde deveria incluir as várias dimensões sócio-espaciais: lares, escolas, ambientes de trabalho, bairros e cidades; passava por adotar estilos de vida e práticas saudáveis; exigia a reorientação dos serviços de saúde no sentido de incorporar ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência médico-hospitalar.

Foi dada importância, ainda, à formulação de políticas públicas e à criação de ambientes saudáveis, considerando-se que todos os setores influenciam os determinantes de saúde, sendo desta maneira um importante veículo para reduzir iniquidades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo de bens e serviços, bem como os serviços de saúde.

Assim a OMS passa a definir a promoção da saúde como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma relativa ao bem estar individual e coletivo (Organização Mundial da Saúde, *Carta de Ottawa*; 1986).

Mais recentemente, como apontam Sícoli e Nascimento (2003), a OMS elencou sete princípios caracterizadores das iniciativas de promoção de saúde, sendo eles: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento (*empowerment*), participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

Sícoli e Nascimento (2003) alertam que é tênue o limite entre prevenção e promoção de saúde, quando diante da implementação de práticas e políticas do setor Saúde.

Contudo, Souza e Grundy (2004) fazem a diferenciação entre os termos, conceituando:

- *Prevenção*: baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente.
- *Educação para a saúde*: envolve o acesso a informações relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa ser co-responsável pelo seu estado de saúde.
- *Promoção de saúde*: implica em um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde.

Com a definição destes autores, percebemos que a promoção de saúde acaba por transcender as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva.

De acordo com Souza e Grundy (2004) no Brasil, assim como também em vários países da América Latina que convivem com a prevalência das desigualdades sócio-econômicas, as ações de promoção de saúde ainda têm pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país.

Ao considerar que as condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam o maior ou menor grau de saúde e ainda buscando a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, o Ministério da Saúde aprova por meio da Portaria 687/06, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que dá diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir a integralidade do cuidado.

A Promoção da Saúde é vista, de acordo com essa Portaria, enquanto estratégia do setor para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como objetivo a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

2.2 – AS FAMÍLIAS

No presente trabalho tomamos a família enquanto instituição central, sujeito e

objeto da atuação dos profissionais que atuam tanto com as equipes da ESF quanto do Serviço Social.

A família, da forma como é definida hoje em dia – pai, mãe e filhos, também conhecida como família nuclear conjugal – nem sempre se configurou assim e passa hoje por grandes transformações. Para Bordieu (1996, p. 129) a família é produto de um verdadeiro *trabalho de instituição*, pois “visa instituir de maneira duradoura, em cada um dos membros da unidade instituída, sentimentos adequados a assegurar a *integração* que é a condição de existência e de persistência dessa unidade”.

Ao tomarmos como referência o documento “Política Social de Família” da Secretaria da Criança, Família e Bem Estar Social do Estado de São Paulo (SCFBES), a família é entendida enquanto uma unidade dinâmica, sendo constituída por um grupo de pessoas que, independente de seu tipo de organização e de possuir ou não laços consangüíneos, busca atender:

- às necessidades afetivo-emocionais de seus integrantes, através do estabelecimento de vínculos afetivos, amor, afeto, aceitação, sentimento de pertença, solidariedade, apego e outros;
- às necessidades de subsistência-alimentação, proteção (habitação, vestuário, segurança, saúde, recreação, apoio econômico);
- às necessidades de participação social, freqüentar centros recreativos, escolas, igrejas, associações, locais de trabalho, movimento, clubes (de mães, de futebol e outros).

Durham (1983) aponta que a tendência à “naturalização” da família é, na maioria das vezes, reforçada pelo fato de se tratar de uma instituição que diz respeito à regulamentação social de atividades de base nitidamente biológicas: o sexo e a reprodução.

Assim não há como considerar a instituição *família* como algo “natural”.⁶ A concepção de família, bem como suas diversas formas de composição, foram construídas a partir de uma perspectiva sócio-histórica que deve ser considerada.

O aparecimento da família implicou em mudanças necessárias na forma de atuação de outras Instituições, como o Estado e a Igreja, que, há cerca de três séculos começaram a valorizar o “sentimento de família”. Com isto, os laços familiares começaram a ser reconhecidos socialmente e a educação e criação de crianças nascidas da união de um casal passou a ser cada vez mais da responsabilidade da família (JOSÉ FILHO, 2002).

⁶ Para a Antropologia, o natural se refere à tudo aquilo que já é dado pela natureza, inerente à espécie humana e dotado de caráter universal.

Em uma dimensão histórica, a partir do século XVIII, a família começou a delimitar uma área maior de vida particular. Os costumes contemporâneos, fortemente influenciados por esse sentimento de família que se desenvolveu na Europa a partir do século XVI, eram demonstrados principalmente nas classes mais abastadas. Podemos citar entre esses o fato de cada família morar na sua casa e ser responsável pela educação de seus filhos, o que aos poucos foi diminuindo a interferência da comunidade em assuntos domésticos (JOSÉ FILHO, 2002).

Já no século XIX e início do século XX as famílias das classes trabalhadoras, ao serem forçadas a deixar o campo e ingressar no trabalho em indústrias nas cidades, também acabaram adotando o modelo da família nuclear burguesa, fazendo com que a família passasse a ser organizada em torno da figura do pai, fechada em sua intimidade e com um determinado padrão de educação para seus filhos (JOSÉ FILHO, 2002).

Esta situação, se por um lado fortaleceu a família como instituição social, por outro afetou a autonomia de mulheres e crianças, principalmente no sentido de diminuí-la.

Diante disso, Bordieu (1996, p. 130) afirma que “a família em sua definição legítima é um privilégio instituído como norma universal”. Entretanto, este privilégio pode ser visto somente como simbólico, uma vez que determina o como se deve, dentro da norma, obter um lucro simbólico da normalidade. Com isso, o autor aponta que aqueles que têm o privilégio de ter uma família adequada podem exigí-la de todos, sem ter de se perguntar pelas condições (por exemplo, um certo padrão de renda, um apartamento etc.) de universalização do acesso ao que exigem universalmente.

Podemos com isso observar, em diversas sociedades, os mais variáveis tipos de consideração para o casamento, o parentesco, a residência e a vida doméstica, muitas vezes arranjos estes diversos dos padrões considerados como “corretos”. “O fundamental para ‘desnaturalizar’ a família é, portanto, entender que a relação que conhecemos entre grupo conjugal, família, parentesco e divisão sexual do trabalho pode ser dissociada, dando origem a instituições muito distintas” (DURHAM, 1983, p. 16).

Atualmente, encontramos as mais diversas uniões de pessoas com o propósito de viverem em família. Em algumas delas, a mulher é quem assume o papel de “chefe”. Os homens nessas famílias entraram, saíram, formaram outra(s) família(s) e o núcleo continuou sob responsabilidade da mulher. Mas, quando o homem está presente, ele é que tem a posição mais alta da hierarquia familiar e tem a função de manter materialmente a família (DURHAM, 1983).

Devemos considerar ainda que a família não é um grupo organizado de uma única

maneira. Assim, “em primeiro lugar, ela insere-se em uma classe ou camada social e organiza suas relações internas e externas de acordo com determinado repertório cultural⁷. Em segundo lugar, há vários tipos de arranjos domésticos” (ROMANELLI, 2003, p. 114-15), ou seja, embora o modelo de família nuclear, constituída pelo casal e pelos filhos, ainda pareça ser predominante, podemos encontrar um aumento no número de famílias chefiadas por mulheres, de famílias recompostas, nas quais um ou ambos os cônjuges vivem em uma segunda união e também de famílias ampliadas, constituídas pela incorporação de parentes ao núcleo doméstico.

Por este motivo, estudar a família, enquanto instituição pressupõe que partamos de um referencial em que não há uma definição única de família, na forma de um modelo de “família ideal”. Assim, podemos afirmar que há famílias e famílias, cada uma com sua especificidade.

Nos dizeres de Costa (1979, p. 140) a prática médica higienista⁸ contribuiu para a composição da chamada “família nuclear”. De acordo com o autor

(a família) no convívio interno, reduziu seus prolongamentos e aproximou seus membros, constituindo a *família nuclear*. No convívio externo, aprendeu pelo medo a rearticular suas ligações com o mundo. Em vez de absorver, antropofagicamente, o ambiente social, desenvolveu um metabolismo seletivo, bem regulado, assimilando certos fatos, rejeitando outros, mantendo seu equilíbrio pela obediência às leis da saúde.

De forma geral, temos uma família “quando pessoas convivem assumindo o compromisso de uma ligação duradoura entre si, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecem nesse contexto” (SZYMANSKI, 1992, 35).

Bourdieu (1996, p. 124), por sua vez, define família como o “conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação, ou, excepcionalmente, por adoção (parentesco), vivendo sob um mesmo teto (coabitação)”, considerando ainda o autor que

⁷ De acordo com Romanelli (2006, p. 334), cultura se refere às criações humanas simbólicas, produzidas na convivência social e essenciais para se viver em sociedade. Nesse sentido, a cultura é universal, uma vez que os seres humanos só conseguem viver através de regras e modelos culturais, isto é, de ordenações socialmente criadas e que constituem sistemas simbólicos organizadores da vida social.

⁸ Os médicos-higienistas caracterizaram sua prática por meio de operações de combate às epidemias, sistematizando suas ações de intervenção e cura através das campanhas de profilaxia. Buscava-se ordenar a vida (saúde e ordem) a partir do saber médico, os quais tinham o direito de intervir no espaço doente do corpo – identificado enquanto sinônimo da cidade e desordem urbana – para devolver-lhe a saúde, em outras palavras, a ordem à vida urbana. (AMARAL, A.S. **Vamos à vacina? Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904 a 1911)**). Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós- Graduação em História Social da Amazônia, Belém, 2006).

uma série de grupos que designamos como “famílias” não correspondem à definição dominante na atualidade que é a família nuclear, e que na maior parte das sociedades modernas se configura numa experiência minoritária se a tomarmos em relação aos casais que vivem juntos sem serem casados, as famílias monoparentais, os casais casados que vivem separados.

Ao considerarmos que é na relação em família que acontecem os fatos mais marcantes da vida de cada um de nós – a descoberta do afeto, da subjetividade, da sexualidade, a experiência de vida, a formação da identidade pessoal, o nascimento e a morte – temos também que levar em consideração o fato de que quando falamos de família nos referimos a algo que a maioria de nós experienciamos, carregado de significados afetivos, de representações, opiniões, juízos e expectativas atendidas ou frustradas (JOSÉ FILHO, 2002).

A organização social do trabalho também faz parte do processo de naturalização da família. Embora todas as sociedades possuam uma divisão sexual do trabalho, esta por sua vez, varia na extensão e na rigidez da separação entre as tarefas masculinas e femininas (DURHAM, 1983).

Da mesma maneira que ocorre com relação à “naturalização” da família, a variabilidade das formas concretas de divisão sexual do trabalho também é construída com base em uma tendência praticamente universal de separação da vida social: a esfera pública, a cargo do masculino e a esfera doméstica, privada, a cargo do feminino (DURHAM, 1983).

O mesmo afirma Louro (1997, p. 17), ao reconhecer que “múltiplos discursos caracterizaram a esfera do privado, o mundo doméstico, como o “verdadeiro” universo da mulher”.

Nesse mesmo âmbito, Durham (1983) coloca que, com relação à sua estrutura, a divisão sexual do trabalho, com base no modelo tradicional, estipula que o trabalho remunerado e o conseqüente sustento do lar é função do marido, chefe da família, ficando a cargo da mulher a responsabilidade pelo trabalho doméstico e pelas crianças.

Costa (1979, p. 235) aponta como a diferença na representação entre homens e mulheres, desde o princípio, sempre foi evidenciada:

Constata-se que a mulher era mais frágil fisicamente que o homem. Dessa fragilidade, inferia-se a delicadeza e a debilidade de sua constituição moral, com a ajuda dos estereótipos correntes sobre a personalidade feminina. Procedimento semelhante era usado na descrição da “natureza” masculina. A “força” e o “vigor” migravam do físico ao moral, marcando os traços sócio-sentimentais da personalidade do homem.

Dessa forma, busca-se dizer que não há uma explicação “natural” para a distinção entre papéis masculinos e femininos, mas sim que aspectos como a cultura é que irão fundamentar as características biológicas.

Ao participar do mercado de trabalho as mulheres passam a ser produtoras de rendimentos, além de ainda serem consideradas como responsáveis pelos diversos afazeres domésticos, inclusive pelos cuidados com a saúde e a doença dos integrantes da família (ROMANELLI, 2003).

Podemos perceber com isso que, tal como aponta Romanelli (2003, p. 121), que

o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, em particular das esposas, torna cada vez mais difícil os cuidados com doentes e o trabalho emocional, acarretando sobrecarga para elas, bem como para todos os componentes da família, reduzindo a qualidade de vida de todos eles.

De acordo com o mesmo autor, a família não pode ser vista apenas como produtora de novos seres humanos, mas também como responsável por sua sobrevivência, implicando numa série de cuidados, como proteção e afeto, uma vez que é vista também como a instituição relevante no que se refere aos cuidados dispensados à saúde e à doença de seus integrantes.

Ainda considerando Romanelli (2003, p. 109-10), isto se deve, principalmente, ao fato de que, quando nos referimos aos encargos diretamente relacionados com a saúde,

a família distingue-se pelo modo como seus componentes desempenham essa tarefa, que é permeada por relações afetivas e personalizadas, em contraposição ao atendimento informal e impessoal prestado por serviços públicos e privados de saúde”.

A doença, assim, acaba por afetar a família enquanto grupo e não somente o indivíduo acometido por uma enfermidade. Podemos dizer com isso que a doença tem caráter social, pois embora atingindo tanto o organismo quanto a esfera psíquica do indivíduo, o enfermo passa a ser visto pelos outros e também por si mesmo, como socialmente desvalorizado, propiciando que o estigma e a exclusão incidam sobre todo o conjunto da família (ROMANELLI, 2003).

Indo além do âmbito individual e passando à esfera sociocultural, podemos perceber que a doença irá assumir diversos significados, principalmente de acordo com a classificação cultural resultante do conhecimento científico ou popular que cada sociedade ou grupos diversos existentes em seu interior atribuem a ela em determinado momento histórico (ROMANELLI, 2003).

2.2.1 – O trabalho com famílias

O surgimento da doença, ao atingir o indivíduo e também sua família

objetivamente e em sua subjetividade, faz com que ela seja vivida, tanto quanto possível, na privacidade da família, principalmente devido ao desgaste físico e emocional ocasionado pela enfermidade e as conseqüentes limitações que lhes constroem (ROMANELLI, 2003).

De acordo com Romanelli (2003, p. 112), “nas sociedades contemporâneas a doença insere-se no interior da lógica da medicina científica, que é considerada padrão legítimo do diagnóstico e da cura”. Entretanto, apesar da dominância do conhecimento biomédico, podemos encontrar uma série de modelos explicativos e de processos de cura de enfermidades, como os da medicina alternativa e os de cunho mágico-religioso.

Com relação aos cuidados com a saúde/doença, muitas vezes o diálogo entre os profissionais da saúde e as famílias se mostra dificultado devido à maneira como os componentes dessas famílias atuam nos cuidados com a doença. Deve ser levado em consideração, conforme nos aponta Romanelli (2003), que estas famílias dispõem de um repertório cultural específico que irá lhes atribuir significados à saúde e à doença os quais, na maioria das vezes, são contrários aos saberes e procedimentos médicos.

Por isso ressaltamos que o trabalho com famílias requer alguns cuidados por parte dos profissionais, principalmente no que se refere ao respeito para com sua individualidade, suas crenças e valores. Exige que haja uma reflexão crítica acerca das próprias experiências com sua família (de origem – pai, mãe, irmãos, tios, avós; e construída – mulher/marido, filhos) e procurem conhecer os valores, crenças e mitos que foram se desenvolvendo a respeito do que é família, ao mesmo tempo procurando compreender a problemática apresentada e evitar julgamentos baseados em preconceitos morais ou pessoais (ROMANELLI, 2003).

Além desta consideração deve ser também levada em conta a diversidade das formas de composição das famílias, visto que o repertório cultural, somado ao pertencimento social e às formas de arranjos domésticos, irão condicionar e delimitar as possibilidades de cuidados com a saúde e de atendimento aos doentes (ROMANELLI, 2003).

O processo do trabalho com famílias implica uma relação entre as pessoas destas famílias e as que coordenam os trabalhos, o que possibilita a troca de informações e a descoberta de significados comuns. Tal atitude acaba por considerar a família como sendo capaz de encontrar saídas para seus problemas, fazendo com que exista a possibilidade de expor-se à mudança no processo de compreender o que está acontecendo (MARTINS, 2002).

O conhecimento dos elementos culturais que mobilizam os cuidados da família com a saúde e doença de seus integrantes pode contribuir para que a ação dos agentes dos serviços de saúde seja mais eficaz, reduzindo as áreas de atrito e incompreensão que

dificultam a comunicação entre ambos.

Outro fator apontado por Romanelli (2003) é que a presença da doença acaba por alterar todo o cotidiano das famílias, na maioria das vezes gerando situações de desconforto para o enfermo e para os integrantes da unidade doméstica, pois pode levar à existência de situações como estresse e problemas financeiros. Porém, há que se considerar ainda que o modo como a doença atinge a vida doméstica irá variar de acordo com os atributos do doente e da família, sendo que seus componentes têm que aprender a conviver e lidar com o sofrimento físico e emocional do enfermo.

Ao levarmos em conta tais aspectos estaremos criando condições para que se possibilite o diálogo e a participação, essenciais para a proposição de mudanças. Se, para o interesse de seus membros e de sua qualidade de vida, a família tiver que mudar procedimentos e atitudes, criando um clima de respeito, este deverá começar nos encontros com os profissionais orientadores, onde suas idéias serão consideradas e respeitadas.

José Filho, (2002, p. 62) aponta que

As famílias estão se deparando com sérios desafios advindos tanto de suas necessidades internas como do seu meio social. À medida que não conseguem soluções adequadas para os desafios, elas expressam suas dificuldades por meio de inúmeros problemas (dificuldades de relacionamento, membros-problema, doenças). A compreensão desses problemas dentro da ótica apontada coloca como fundamental o deslocamento do eixo do atendimento das dificuldades individuais para as familiares. Isto requer uma revisão dos processos de atenção aos grupos familiares (espaço institucional, modelo assistencial, políticas sociais), para que estes possam colocar a família e não seus membros individualmente no centro de suas propostas.

As ações voltadas para atendimento dos indivíduos e de suas famílias que apresentam problemas têm sido enfatizadas desde o início do Serviço Social e se apresentam como uma constante na prática profissional (JOSÉ FILHO, 2002).

Da mesma maneira que se mostra necessário nas diversas profissões, o Serviço Social não deve ter uma visão limitada de família, ou mesmo de um modelo de família ideologizado, visto que o atendimento fragmentado acaba por considerar a família como uma síntese de múltiplas determinações (JOSÉ FILHO, 2002).

Deve-se sempre levar em consideração que o indivíduo que procura ajuda jamais é um indivíduo isolado, assim como também compreender que o mesmo sofre constantemente as influências de seu meio social e em especial as de sua família, o que é frequentemente encontrado na prática cotidiana do assistente social.

Assim, a atitude a ser tomada deve buscar o trabalho conjunto entre os profissionais da saúde, no sentido de somarem esforços que acabem por resultar num atendimento da família em sua totalidade, cercanda-a pelos aparatos necessários a lhe garantir

não somente os aspectos técnicos da assistência à saúde, mas todas as demais variáveis sócio-culturais que direta ou indiretamente contribuem para sua efetivação (MARTINS, 2002).

3. OBJETIVOS

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo geral:

- Caracterizar as principais demandas apresentadas ao Serviço Social de uma unidade de distrital de saúde e o significado atribuído pelos usuários ao trabalho realizado pelo assistente social.

E como objetivos específicos:

- Analisar as principais demandas encontradas pelo Assistente Social no atendimento de pessoas sob a cobertura do Programa de Saúde da Família;
- Analisar as principais demandas encontradas pelo Assistente Social no atendimento de pessoas sob a cobertura de unidades de Saúde tradicionais;
- Analisar as principais demandas apresentadas ao Assistente Social por demanda espontânea de usuários;
- Identificar o significado existente para a população assistida sobre o trabalho realizado pelo assistente social.

4. METODOLOGIA

4.1 – Classificação da pesquisa

O estudo constitui-se como uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, valendo-se de abordagem quanti-qualitativa, visto que para obtenção de nossos objetivos consideramos importante valorizar tanto as demandas gerais apresentadas pelas unidades de saúde ao Serviço Social quanto, em seguida, aprofundar nossa reflexão quanto aos significados que o Serviço Social possa ter para os usuários.

De acordo com Mella (1998, p.8), a característica fundamental da investigação qualitativa está no fato de enxergar os acontecimentos, ações, normas, valores etc. a partir da perspectiva dos sujeitos que estão sendo estudados. Com isso, o autor afirma que

a estratégia de tomar a perspectiva dos sujeitos se expressa geralmente em termos de ver “através dos olhos da gente que alguém está estudando”. Tal perspectiva envolve, claramente, uma propensão a usar a empatia com quem está sendo estudado, mas também implica uma capacidade de penetrar nos contextos de significado com os quais eles operam.

Vista por uma perspectiva complementar, Chizzotti (2000, p.79) entende a Pesquisa Qualitativa como

parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um veículo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Chizzotti (2000, p.84) ainda afirma que a pesquisa qualitativa se mostra apta para captar tais informações, pois considera todas as pessoas dela participantes como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam, assim como também

procura-se compreender a experiência que eles têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram. Esses conceitos manifestos, as experiências relatadas ocupam o centro de referência das análises e interpretações, na pesquisa qualitativa.

Minayo (2005, p. 15) aponta que a pesquisa qualitativa “parte da compreensão de que a realidade social se faz por aproximação e de que é preciso exercitar a disposição de olhá-la por vários ângulos”.

Debus (1994), por sua vez, refere que podemos utilizar a investigação qualitativa como maneira de buscar respostas à pergunta “por que?”, enquanto que na investigação quantitativa abordamos perguntas tais como “quantos?” ou “com que frequência?”. Com isso, parte-se do pressuposto que enquanto o processo de investigação qualitativa é um processo de descobrimento, a investigação quantitativa busca a quantidade de vezes que o fenômeno ocorre.

É necessário ainda estarmos atentos para o fato de que, ao utilizarmos as abordagens quantitativas e qualitativas, ambas exigem teoria e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada. Enquanto as quantitativas visam a dimensionar e a quantificar os dados de processo ou de resultado, as qualitativas são próprias para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (Minayo et al., 2005).

Sendo assim, justifica-se a utilização metodológica da pesquisa quantitativa e qualitativa ao consideramos que, enquanto a primeira desvenda o número de vezes em que ocorre o fenômeno e sua intensidade, a segunda traça os contornos externos e internos da coletividade estudada, resultando da associação das duas abordagens um aprofundamento cada vez maior das facetas do objeto de estudo.

O presente trabalho constitui-se pelas demandas sociais que são encaminhadas pelas equipes de saúde, tanto aquelas organizadas sob arranjos tradicionais, quanto às vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), para intervenção pelo Serviço Social, instalado na unidade de referência distrital, o que permitiu identificar as expectativas junto ao Serviço Social no perfil de atuação advindo dos dois modelos de assistência.

Entendemos que este estudo evoca a forma como os sujeitos sociais se portam diante de sua realidade social, evidenciando suas necessidades e tipos de contribuições que o Serviço Social pode oferecer tanto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto profissão atuante principalmente com as famílias atendidas, como aos demais usuários do serviço de saúde que não contam com esta modalidade de atendimento.

Assim, para que possamos conhecer e analisar esta relação é necessário compreendermos as relações sociais que criam e modificam as estruturas, conforme o enfoque dos atores sociais envolvidos nestas relações.

4.2 – Campo de Estudo

Expomos brevemente as características gerais do município de Ribeirão Preto, local onde a pesquisa será desenvolvida, no sentido de apresentarmos nosso campo de estudo.

De acordo com os dados do SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados) a população do município de Ribeirão Preto, em 2003, estava estimada em 519.691, habitantes, com uma concentração urbana de 99,57%.

O município de Ribeirão Preto, localizado no noroeste paulista, constitui-se num destacado pólo regional, caracterizado como tipicamente urbano; suas principais atividades estão centradas no comércio e na prestação de serviços. Apesar dessa atratividade pelo seu setor terciário, o município sofre grande influência das atividades produtivas que se desenvolvem ao seu redor. Cabe salientar o papel de destaque da agricultura na região como um todo, sendo a principal atividade econômica em uma série de municípios vizinhos.

A principal cultura da região é a cana-de-açúcar, tanto para a produção de açúcar, quanto para a de combustível. No estado, a região de Ribeirão Preto é responsável por cerca de 50% de toda a produção do Estado de São Paulo.

Hoje a agricultura do município, em si, é pouco significativa para sua economia, o que pode ser percebido pela baixa participação do emprego na agropecuária, pela elevada taxa de urbanização do município, pelo baixo valor da produção agropecuária.

A principal via de acesso ao município é através da Via Anhanguera (SP 330), que o liga à capital, à Campinas e ao Triângulo Mineiro. Além desta rodovia, o município conta com mais um conjunto de 5 rodovias ligando-o à Franca, Sertãozinho, Araraquara, Cajuru etc., ou seja, localiza-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do estado e do país.

Apesar do município de Ribeirão Preto não se caracterizar tipicamente como industrial, tendo em vista a menor importância relativa do emprego industrial frente aos demais setores de atividade econômica urbanas, a indústria do município apresenta um elevado grau de diversificação com estabelecimentos em praticamente todos os setores; mas com especialização em determinados segmentos. São 1.065 estabelecimentos industriais. A maior parte corresponde a empresas de pequeno porte (aproximadamente 95% das empresas).

Alguns ramos do setor serviços se destacam pela magnitude assumida e pelo poder de atração que exercem sobre outros município e regiões.

Os principais ramos de atividade do setor serviços são:

1. Atividades de Serviços Auxiliares à atividade Empresarial;

2. Saúde e serviços sociais;

3. Serviços de transporte, armazenagem de mercadorias e comunicações;

4. Outras atividades de serviços coletivos, sociais e pessoais;

5. Ensino;

6. Alojamento e Alimentação;

7. Intermediação Financeira.

O Setor Serviços é o mais importante para Ribeirão Preto em termos de geração de Emprego. Assim como no comércio, chama a atenção a amplitude e a diversidade do Setor que contempla todos os ramos, sendo capaz de suprir a demanda Municipal e Regional.

O município possui um setor terciário extremamente desenvolvido constituindo-se um pólo de atração de consumidores de toda a região e do país. Em relação ao comércio, deve-se destacar em primeiro lugar a forte presença do comércio atacadista, colocando Ribeirão Preto como um importante centro de distribuição. Este papel decorre de suas vantagens de localização, visto que em praticamente todos os ramos comerciais existem distribuidores no município.

O segundo aspecto que chama a atenção é a amplitude e a diversificação do comércio varejista no município. Este é atendido em todos os ramos por uma grande quantidade de estabelecimentos espalhados pelas várias regiões comerciais existentes na cidade, sem falar nos vários "Shopping Centers" instalados no município.

A dinâmica econômica descrita acima motivou o forte fluxo migratório para o município. Tanto nos anos de 1970, quanto em 1980, a taxa de crescimento populacional média no município ficou acima da média estadual, fazendo com que sua participação se elevasse no total do estado. Esta maior taxa em relação ao Estado de São Paulo é explicada, basicamente, pelo fato de o município ter se mantido nestas duas décadas como um pólo de atração populacional, tendo feito parte de uma das poucas regiões do estado a ter apresentado um fluxo migratório positivo.

A política de Assistência Social no Município de Ribeirão Preto é implementada e coordenada pela Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS⁹ e fundamenta-se na Constituição Federal de 1988 e na lei Orgânica de Assistência Social – LOAS n.º 8.742/93, as quais garantem aos brasileiros os direitos civis, políticos e sociais, indicando a

⁹ De forma a atender a exigência do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome foi alterada a denominação da Secretaria Municipal da Cidadania e Desenvolvimento Social para Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS. A alteração da denominação está baseada na [Lei Complementar nº 2.154](#), de 02 de janeiro de 2007. (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. acesso em 05 mar.2007).

descentralização político-administrativa, encontrando no âmbito municipal o espaço privilegiado para gerir e operar políticas públicas.

O incentivo aos destinatários desta política pauta-se na participação popular, na formulação, implementação e controle da assistência social, por meio dos Conselhos Setoriais, das ONGs, dos Conselhos de Bairros, do Orçamento Participativo e demais canais existentes, garantindo a atuação democrática no processo político decisório de elaboração, implementação e controle da Política de Assistência Social.

A educação para a cidadania é a proposta de eixo central de todo trabalho desenvolvido, caracterizando-se como uma leitura crítica do mundo através da reflexão das questões sócio-culturais, que interferem no universo de direitos e deveres da população.

A Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto é a responsável, entre outros, pelos assuntos que dizem respeito aos Programas de Assistência Social existentes no município. Organiza seu atendimento em programas voltados à Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

O Programa de Proteção Social Básica conta com os CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, local este também conhecido como a Casa da Família, que tem por objetivo atender às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, servindo de “porta de entrada” dos usuários à rede de Proteção Social Básica do SUAS, recepcionando, acolhendo, escutando, orientando e sendo referência para os mesmos.

As ações planejadas nos CRAS são desenvolvidas nas diversas regiões e nos 30 equipamentos de atendimento social onde a Secretaria Municipal de Assistência Social desenvolve seus trabalhos no município de Ribeirão Preto.

O programa de Proteção Social Especial encontra-se ligado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, que atua como pólo de referência, coordenando e articulando as ações da proteção social especial de média complexidade, de modo a promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar as ações, articuladas com a rede de serviços sócio-assistenciais da proteção social básica e especial, políticas públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos Sociais.

Instaladas nas cinco regiões do município de Ribeirão Preto, as Unidades de Apoio ao CREAS trabalham de forma articulada, atendendo famílias e seus membros quando necessitam de proteção especial (situação de risco social e pessoal). Este atendimento especializado, realizado por uma equipe multidisciplinar, encontra-se articulado com as áreas de saúde, educação, sistema jurídico e judiciário e ainda conta com parcerias com ONGs nos

casos de Violência Doméstica, Vivência de Rua e Trabalho Infantil¹⁰.

Por sua vez, a política de Saúde no Município de Ribeirão Preto é implementada e coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde, que se fundamenta na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS n.º 8080/90 e 8142/90, que dispõem sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, entre eles, a descentralização político-administrativa, incentivando a municipalização dos serviços e ações de saúde, fazendo-se uma redistribuição do poder e enviando recursos para os municípios, o que garante aos brasileiros os direitos civis, políticos e sociais, uma vez que tem como princípios a universalidade, a descentralização, a hierarquização, a integralidade, a regionalização e a participação popular, sendo que esta última acaba por possibilitar que os usuários da política de saúde saiam da condição de assistidos para a de cidadãos de direitos, buscando a participação na formulação, implementação e controle da saúde por meio dos Conselhos e do exercício do controle social.

4.3 – Local da Pesquisa

Constituindo-se como um dos cinco distritos sanitários do município, a Unidade Distrital do Sumarezinho – Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, onde se desenvolveu o presente estudo, conta com uma população estimada de cerca de 139.000 pessoas (CACCIA-BAVA, 2004).

A assistência à saúde está organizada, nesse Distrito denominado de Oeste, por meio de oito unidades da Secretaria Municipal da Saúde e dez unidades diretamente vinculadas administrativamente à FMRP/USP, sendo elas: a Policlínica de Especialidades, a Unidade de Pronto Atendimento 24h a Urgências e Emergências e o Núcleo de Saúde Mental, com abrangência distrital. A Unidade Ipiranga, os Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV e V – e o CSE de Vila Tibério, este situado no distrito central.

A prestação da Atenção Básica, por meio dos princípios conceituais da Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciou-se, de forma oficial, no município de Ribeirão Preto em fevereiro de 1999 e foi se desenvolvendo de forma gradual.

Em 1999, com recursos humanos e materiais disponibilizados pelo CSE, foi instalado o primeiro Núcleo de Saúde da Família – NSF I – CSE FMRP/USP. Este ainda não

¹⁰ PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Assistência Social – SEMAS. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. Acesso em 05 mar.2007.

dispondo de equipe nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, implantou-se, simultaneamente, ao Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária com Ênfase em Saúde da Família, vinculado ao Hospital das Clínicas da FMRP/USP (CACCIA-BAVA, 2004).

Em 2000, também com recursos providos pelo CSE, estruturou-se o Núcleo de Saúde da Família II, contando com parte do quadro de profissionais e do espaço físico da unidade de Vila Tibério. Já em 2001, por meio de negociações com o município de Ribeirão Preto e do apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, viabilizou-se o projeto que previa a instalação de mais três unidades do PSF, agora nos moldes do Ministério quanto à composição das equipes¹¹. Assim, em abril daquele ano, foram inaugurados os Núcleos III, IV e V, que cobriam praticamente toda a área básica do Sumarezinho. Em outubro de 2001, a pedido do gestor municipal, foram habilitados oficialmente pelo Ministério da Saúde como unidades do PSF. (CACCIA-BAVA, 2004).

As 5 equipes de Saúde da Família já implantadas desde 2001 são responsáveis pelos cuidados de cerca de 18.000 famílias cadastradas, incluindo atividades de promoção, prevenção, atendimento, procedimentos diagnósticos, tratamento, acompanhamento, cuidados domiciliares, reabilitação, dentro da complexidade compatível com a atenção primária à saúde (CACCIA-BAVA, 2004).

As equipes de Saúde da Família contam com a retaguarda e supervisão técnica por parte de equipes matriciais¹², lotadas na Unidade Distrital, compostas por profissionais de diversas áreas médicas, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, serviço social e psicologia, de acordo com as necessidades identificadas pelas equipes na sua relação de proximidade com os grupos sociais, o que acabou por significar um importante marco na mudança do perfil assistencial, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimentos e tecnologias de atenção primária à saúde (CACCIA-BAVA, 2004).

¹¹ De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em 06 mai.2008.

¹² Embora não exista uma definição única, as equipes matriciais dão suporte às equipes básicas de referência, ou seja, os profissionais das equipes matriciais, que atuam em determinado setor, oferecem apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes. A composição das equipes matriciais deve sempre levar em conta as especificidades da localidade na qual se encontra inserida. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28353. Acesso em 06 mai.2008.

4.4 – Procedimentos para a coleta de dados

Tendo em vista que as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família do Distrito Oeste não contam com o profissional de Serviço Social inserido em suas equipes mínimas, este profissional opera como uma especialidade de apoio matricial às equipes da Atenção Básica e às especializadas, além de receber pessoas atendidas por demanda espontânea.

Assim, tanto as demandas sociais configuradas por cidadãos assistidos pelas equipes de saúde no modelo tradicional ou de Saúde da Família, quanto espontaneamente, compõem nosso objeto de estudo.

Por meio de levantamento dos atendimentos feitos pela assistente social da Unidade Distrital nesse contexto, valemo-nos dos seus Registros Diários como fonte de dados secundários para a primeira etapa do estudo, de caráter quantitativo.

Consideramos, para isso, os registros dos atendimentos realizados entre janeiro e março de 2007.

Posteriormente, essa fonte nos remeteu aos prontuários das pessoas correspondentes, em número de 142, que forneceram os dados necessários para identificar, por meio do endereço de moradia das famílias, quais eram suas unidades básicas/Saúde da Família de referência, de forma a preparar a segunda etapa da investigação, por meio de entrevistas domiciliares das famílias selecionadas, numa abordagem qualitativa.

Adotamos como critério de inclusão, para a segunda etapa – a de visitação – todos os usuários vinculados a equipes de Saúde da Família da área básica de abrangência da unidade distrital e igual número de usuários de outras unidades de saúde tradicionais do mesmo distrito, que chegaram por encaminhamento ou espontaneamente ao Serviço Social.

Puebla (2001) refere que o objetivo da amostragem qualitativa é a compreensão do fenômeno de interesse sendo que, por este motivo, a indagação qualitativa trabalha sobre amostras selecionadas intencionalmente, visto que o investigador elege indivíduos e contextos que sejam capazes de responder às perguntas relacionadas ao tema de estudo.

Quando tratamos dos critérios de amostragem na abordagem qualitativa, devemos utilizar uma lógica diferenciada da usada na perspectiva quantitativa, uma vez que sob o ponto de vista qualitativo, os princípios de definição amostral se baseiam na busca de “aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação” (MINAYO et al., 2006, p. 94).

Assim, de acordo com Minayo et al. (2006, p. 94), os critérios de amostragem qualitativa assumem as seguintes características:

- prioriza os sujeitos que possuem os atributos que se deseja conhecer;
- considera que o tamanho da amostra é suficiente a partir da reincidência das informações, mas não despreza informações singulares;
- trabalha com a noção de que os informantes sejam suficientemente diversificados a ponto de possibilitarem a apreensão de semelhanças e diferenças;
- busca que a escolha do campo e dos grupos a serem observados contenham o conjunto das experiências que se pretende captar.

Durante a realização da visita domiciliar foi explicado o objetivo do estudo e solicitado o consentimento livre e esclarecido para a realização da entrevista (apêndice 1).

Esta orientou-se por um roteiro semi-estruturado (apêndice 2), tendo como objetivo conhecer as demandas e necessidades que as levaram a procurar pelo atendimento do Serviço Social. O instrumento ressaltou a forma como se chegou ao SS, as necessidades apresentadas inicialmente e sua resolubilidade, bem como as expectativas e necessidades de outros atendimentos pelo referido profissional, proporcionando ainda a identificação de outras possíveis necessidades sociais que a família pudesse apresentar num momento posterior à apresentação da demanda inicial.

Nas entrevistas buscamos recolher aspectos descritivos presentes na linguagem do próprio sujeito, o que permite ao investigador, segundo Mella (1998), desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

A nossa opção pela técnica de entrevista semi-estruturada foi ao encontro do que coloca Triviños (1987, p. 146), ao referir que este tipo de entrevista “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Neto (1994, p. 57) ressalta ainda que a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, pois através dela o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Além disso, “se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”.

Schatzman & Strauss¹³ (1993 apud Valles 1997) partilham da mesma opinião ao considerarem todos os contextos de conversa enquanto entrevistas em potencial, definindo-as como uma forma de conversa prolongada, onde se pode obter maior flexibilidade no contexto da entrevista pelo caráter informal, e mais aberto (mesmo nas semi-estruturadas).

¹³ SCHATZMAN, L. & STRAUSS, A. **Field Research. Strategies for a natural sociology**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1973.

4.5 – Considerações Éticas

Puebla (2001) chama a atenção para que os investigadores se preocupem com os aspectos éticos do estudo, levando em consideração todos os benefícios e riscos aos quais os participantes possam estar expostos e alertando que os benefícios devem sempre ser maiores do que os riscos, estes que devem ser reduzidos ao mínimo ou até mesmo evitados.

Assim, é necessário que o investigador mostre um plano claro para obter o consentimento, preferencialmente escrito, explicando o estudo aos sujeitos participantes e descrevendo de que maneira se dará a participação dos mesmos.

Fundamentados na Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, foram observados com rigor os requisitos necessários para a realização da pesquisa, a partir da apreciação favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela direção do Centro de Saúde Escola da FMRP/USP.

4.6 – Análise dos dados

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas semi-estruturadas, foram analisados utilizando-se o referencial de Bardin (1977), denominado de *Análise de Conteúdo*.

De acordo com a referida autora “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” sendo que sua intenção “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 1977, p. 38).

Segundo Franco (2005) “a análise de conteúdo é um procedimento de pesquisa que se situa em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem”, permitindo “ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer um dos elementos da comunicação” (FRANCO, 2005, p. 20).

Esta autora alerta para o fato de que, em análise de conteúdo, “a mera descrição das características das mensagens contribui muito pouco para a compreensão das características de seus produtores”, contudo, “quando direcionada à indagação sobre as causas ou efeitos da mensagem, a análise de conteúdo cresce em significado e exige maior bagagem do analista” (FRANCO, 2005, p. 21).

Mella (1998) ressalta que o suposto básico que permeia a investigação qualitativa

é de que qualquer que seja a esfera de onde os dados são recolhidos, somente podemos entender os acontecimentos se eles são situados em um contexto social e historicamente amplo.

Assim, analisar os dados implica em sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes de materiais obtidos por meio de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros, buscando apreender e decidir o que vai ser transmitido aos outros.

Conforme afirma Minayo (2004, p. 203),

A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

Desta maneira, buscamos organizar os dados a partir do referencial de Gomes (1994), o qual define os seguintes passos a serem seguidos quando tratamos da análise de dados em uma pesquisa qualitativa:

1. *Ordenação dos dados*: é realizado o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, como por exemplo, a transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos etc.
2. *Classificação dos dados*: é um momento de leitura e re-leitura dos textos, de modo que possamos estabelecer interrogações e assim selecionarmos tudo o que surge de relevante, assim como determinarmos o conjunto das informações presentes na comunicação.
3. *Análise final*: Buscamos nesta fase estabelecer as relações encontradas entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Assim, após organizarmos os dados de maneira descritiva, ordenamos as falas dos entrevistados de acordo com a seqüência com que as entrevistas aconteceram, momento em que podemos realizar a leitura do conteúdo adquirido e posteriormente relacioná-los com a teoria que nos serviu de base durante todo o processo da presente pesquisa, possibilitando-nos identificar aspectos relevantes em relação ao tema estudado.

5. RESULTADOS

Passamos à apresentação das informações obtidas durante a primeira etapa da pesquisa de campo prevista neste estudo, que diz respeito à consulta aos prontuários dos usuários atendidos pelo Serviço Social, no período de Janeiro a Março de 2007. Em seguida voltamos aos resultados do segundo momento da coleta, trazendo os dados obtidos pelas entrevistas realizadas nos domicílios.

5.1 – Primeira Etapa

A pesquisa nos registros de atendimentos diários realizados pela profissional de Serviço Social lotada na Unidade Distrital de Saúde retrata tanto os usuários assistidos e encaminhados pelos Núcleos de Saúde da Família, quanto os assistidos e encaminhados pelas unidades de saúde organizadas sob a modalidade tradicional de atendimento. Aponta, ainda, aqueles que compareceram ao Serviço Social por demanda espontânea. Foi encontrado um total de 142 usuários atendidos no período de Janeiro a Março/2007.

Por meio dos nomes das pessoas atendidas e seus números de registro no Sistema Hygia¹⁴, localizamos seus prontuários e passamos à sua consulta. A busca pelos 142 prontuários, propiciou os seguintes resultados preliminares:

- 27 usuários se encontravam vinculados a equipes de Saúde da Família da área básica de abrangência da unidade distrital, dos quais:
 - 22 usuários tiveram seu prontuário localizado;
 - 05 usuários não tiveram seu prontuário localizado.

- 107 usuários eram provenientes de outras unidades de saúde, de desenho assistencial tradicional, todas localizadas no mesmo distrito sanitário, dos quais:
 - 57 usuários tiveram seu prontuário localizado;

¹⁴ O Sistema HYGIA é um sistema multiusuário, que tem como objetivo o gerenciamento das atividades de saúde. Interliga as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Pronto-Atendimento, Pronto-Socorro, Hospitais, Farmácias, Laboratórios e Serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento, interligando-os e automatizando suas atividades administrativas e gerencias. (BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Disponível em <http://www.saude.am.gov.br/saude/hygia/informativo.php>. acesso em 23 jan.2008).

- 50 usuários não tiveram seu prontuário localizado.
- 8 usuários configuraram-se como “de procedência ignorada”, devido à impossibilidade de obtermos informações do paciente, como seu endereço, número hygia, ou ainda, pelo fato dos prontuários não serem localizados no momento da pesquisa.

Dentre as 142 pessoas, 104 (**73%**), eram do sexo feminino e 106 (**75%**) de áreas sem a cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Vários procuraram pelo Serviço Social por mais de uma vez, tendo esta situação se caracterizado da seguinte forma:

-1- Dentre os 27 usuários assistidos por um dos núcleos de Saúde da Família:

- 20 deles (75%) foram atendidos somente uma vez pelo Serviço Social;
- 07 deles (25%) foram atendidos mais que uma vez pelo Serviço Social.

-2- Dos 107 usuários sob atendimento de UBSs tradicionais:

- 85 deles (80%) foram atendidos somente uma vez pelo Serviço Social;
- 22 deles (20%) foram atendidos mais que uma vez pelo Serviço Social.

Para o desenvolvimento da 2ª etapa da pesquisa, consideramos:

- Os **27** usuários vinculados a equipes de Saúde da Família da área básica de abrangência da unidade distrital, (embora 5 usuários não tivessem seu prontuário localizado, tivemos como base seus endereços de referência, sendo possível tal classificação).
- igual número (**27**) de usuários de outras unidades de saúde tradicionais do mesmo distrito, os quais foram sorteados dentre os 57 usuários cujos prontuários foram encontrados e que não se tratavam de usuários atendidos pela Estratégia de Saúde da Família.

Dos 27 usuários por nós visitados e que se encontravam sob cobertura de um dos cinco Núcleos de Saúde da Família sob coordenação da FMRP/USP, tivemos o seguinte resultado:

- **17 foram encontrados nos seus domicílios e consentiram em responder às questões;**
- 01 não quis participar;

- 01 não foi localizado;
- 03 haviam mudado de endereço;
- 01 encontrava-se viajando (informação da família);
- 04 não pertenciam mais à área de abrangência do PSF, devido a uma mudança na regionalização do atendimento.

Dos 27 usuários sorteados dentre os 57 que pertenciam à área de abrangência da Unidade Distrital de Saúde do Sumarezinho, porém que não eram atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e que tiveram seus prontuários localizados, tivemos o seguinte resultado:

- **14 foram encontrados no domicílio e consentiram em responder às questões;**
- 04 moravam no local, mas se encontravam fora no momento da visita;
- 07 endereços não foram localizados (inexistentes);
- 02 haviam mudado de endereço.

Embora o número de entrevistados atendidos pelos Núcleos de Saúde da Família não tenha sido exatamente igual ao número de entrevistados que não estão sob cobertura desta modalidade de atendimento, procedida a leitura das entrevistas optamos por considerar essa etapa encerrada, uma vez que, pelo critério de saturação, as respostas dadas pelos usuários deixaram de apresentar qualquer dado novo.

5.2 – Segunda Etapa

Com base nas respostas às entrevistas realizadas, foi possível observar a existência de três temas gerais, quais sejam: **a realização dos encaminhamentos; as demandas sociais/resolubilidade; as expectativas quanto ao Serviço Social**, conforme apresentamos abaixo. Essa forma de organização dos dados buscou evidenciar a existência – ou não – de diferenças apresentadas entre os usuários assistidos e encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família, de unidades de saúde tradicionais e dos que procuram pelo atendimento de maneira espontânea.

<i>Temas</i>	<i>Pessoas encaminhadas por unidades de SF</i>	<i>Pessoas encaminhadas de UBS tradicionais</i>	<i>Pessoas em demanda espontânea</i>
Realização dos encaminhamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Por parte de profissionais dos Núcleos de Saúde Família (I, II e IV); • Por parte de profissionais do CSE; • Por parte de profissionais do INSS; • Por parte de assistente social da Prefeitura Municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • Por parte de Médicos e enfermeiros da UBDS Cuiabá; • Por Médico da UBS D.Pedro; • Por profissionais da UBS Vila Albertina • Por profissional do CAPS; • Por profissionais do INSS; • Por assistente social da área da UBS Ipiranga 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tiveram orientação de outros profissionais para irem ao S.S.; • Já tinham conhecimento do Serviço Social no local ; • Já realizava atendimento na UBDS Cuiabá; • Familiares tinham conhecimento do serviço
Demandas sociais/ resolubilidade	<p><i>Demanda Social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar (laqueadura e vasectomia); • Benefícios assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> - Cesta básica; - Vale transporte. • Orientações e Preenchimento do formulário do BPC/LOAS; • Encaminhamentos e orientações diversas (passe-livre, programa do leite). 	<p><i>Demanda Social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar (laqueadura e vasectomia); • Benefícios assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> - Cesta básica; - Vale transporte. • Orientações e Preenchimento do formulário do BPC/LOAS; • Encaminhamentos e orientações diversas (passe-livre, leite de soja, relacionamento intra-familiar). 	<p><i>Demanda Social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar (laqueadura e vasectomia); • Benefícios assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> - Cesta básica; - Vale transporte. • Preenchimento do formulário do BPC/LOAS; • Encaminhamentos e orientações diversas (passe-livre, relacionamento intra-familiar)
	<p><i>Resolubilidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não, porque desisti de fazer a laqueadura”; • “Sim, inclusive já estou recebendo”; • “Sim, já fiz a cirurgia”; • “Fui orientada de como eu devia proceder”; • “Fui orientada corretamente”. 	<p><i>Resolubilidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Fui orientada como eu deveria fazer”; • “Fui orientado de como fazer o que eu estava procurando” • “Fui orientada a procurar pela Delegacia da Mulher”. 	<p><i>Resolubilidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Sim, já fiz a cirurgia”; • “Fui orientada como eu deveria proceder”; • “Fui orientada a procurar atendimento na assistente social da Prefeitura Municipal”.
Expectativas quanto ao Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma

	<p>expectativa (nova); já conhecia o atendimento”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma expectativa (nova), porque já conhecia a assistente social”; • “Esperava receber ajuda, mas não fui atendida no que eu estava pedindo”; • “Esperava receber orientação correta e fui orientada corretamente”; • “Não sabia de que maneira seria atendida e fui bem atendida”; • “Esperava ser bem atendida e fui bem atendida”; • “Esperava conseguir a cesta básica e consegui receber”. 	<p>expectativa (nova); já conhecia o atendimento”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma expectativa (nova), porque já conhecia a assistente social”; • “Minha expectativa era de que maneira seria atendida e fui bem atendida”; • “Conseguir receber o passe e consegui”; • “Achava que o atendimento poderia ser demorado, mas fui atendida rapidamente”. 	<p>expectativa (nova); já conhecia o atendimento”;</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Não tinha nenhuma expectativa (nova), porque já conhecia a assistente social”; • “Achava que não poderia ser ajudada, mas conseguiu a ajuda que queria”; • “Esperava conseguir ajuda e orientações corretas e fui orientada corretamente”; • “Conseguir o que eu estava procurando e fui orientado sobre como eu deveria fazer”; • “Conseguir receber o benefício que estava procurando e consegui”.
--	--	--	--

5.2.1 – Encaminhamentos

Pudemos observar, com base nas respostas dos entrevistados, que nas diferentes modalidades de atendimento, os encaminhamentos se deram de maneira diversas:

- parte dos usuários foi encaminhada pelos próprios profissionais de saúde, quer estes estivessem ligados à Saúde da Família ou à unidades de Saúde tradicionais (**14 – 45%**);
- em alguns casos os encaminhamentos foram realizados por profissionais ligados aos benefícios que os usuários estavam buscando, tais como o Benefício de Prestação Continuada¹⁵ e demais programas dos governos Federal e Estadual, sendo estes na sua maioria de caráter assistencial (**5 – 16%**);

¹⁵ É um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e consiste no pagamento de 01 (um) salário mínimo mensal às pessoas com 65 anos ou mais de idade e às pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, onde, em ambos os casos, a renda *per capita* familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo. O BPC também encontra amparo legal na Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003 que institui o Estatuto do Idoso. O Benefício é gerido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) a quem compete sua gestão, acompanhamento e avaliação e, ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a sua

- alguns usuários procuraram diretamente pelo atendimento do Serviço Social, por experiências prévias do serviço oferecido na instituição, caracterizando-se assim por demandas espontâneas (**12 – 39%**).

Mesmo em face às semelhanças quanto ao atendimento pelo Serviço Social, há que se levar em consideração, como aponta Faleiros (2002), que a ação ou intervenção profissional não pode se pautar num “modelo” ou “receita” tal como um conjunto de passos preestabelecidos, mas sim requer uma ampla capacidade teórica e analítica para que se possa entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações em que cada usuário está inserido e na qual atua o assistente social.

Da mesma maneira, como exemplifica o autor, consideramos que não basta apenas o encaminhamento do usuário ao serviço/instituição por ele requerida sem que se tenha em mente as relações sociais que estão em jogo na construção do problema e dos recursos. Assim, é preciso antes articular uma relação de força para superar a situação, o que implica um processo complexo de articulação dos sujeitos, dos direitos, da cidadania, dos dispositivos para refazer a relação.

5.2.2 – Demandas sociais/resolubilidade

Com relação às necessidades sociais apresentadas observamos que, novamente, em todos os casos se trataram de assuntos ligados ao que historicamente é considerado como atribuição específica do assistente social, principalmente no que diz respeito à concessão de benefícios assistenciais.

As demandas sociais apresentadas ao Serviço Social caracterizaram-se por:

- Fornecimento de Cestas Básicas Emergenciais (**6 – 19%**);
- Fornecimento de Vale Transporte para a realização de atendimentos médicos em locais distantes da moradia dos usuários, os quais em sua maioria não tinham como arcar com este custo (**3 – 10%**);
- Informações e triagem ligados ao Programa de Planejamento Familiar (**5 – 16%**);
- Orientações e preenchimento do Formulário do Benefício de Prestação Continuada (**10 - 32%**);

operacionalização. Os recursos para custeio do BPC provem do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). (BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Disponível em <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protexao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>. acesso em 22 jan.2008).

- Orientações e encaminhamentos diversos (7 – 23%).

No que se refere à resolubilidade, em sua grande maioria os usuários foram atendidos em suas solicitações, respondendo afirmativamente quando questionados a este respeito ou então que já estavam recebendo o benefício assistencial/social por eles solicitados e que ainda haviam recebido orientações adequadas para as demandas sociais apresentadas à profissional de Serviço Social.

Contudo, em alguns casos, houve demandas sociais que apenas foram levantadas no dia de atendimento e que foram resolvidas de maneira pontual. Em outros casos, ainda, foi necessário um novo atendimento por parte do Serviço Social, sendo que em alguns destes a nova solicitação não tinha relação com o atendimento anterior.

Conforme nos aponta Cortella (2002) o assistente social atua junto a populações em um espaço que cotidianamente se transforma, se reelabora e que não é idêntico para os componentes de uma mesma sociedade, nos levando a refletir que, de acordo com o contexto em que estão inseridos, os usuários do Serviço Social também apresentam a mesma necessidade de atendimento e resolução em todas as vezes que procuram por atendimento.

5.2.3 – Expectativas quanto ao Serviço Social

Encontramos que a grande maioria dos usuários manifestou expectativas relacionadas ao recebimento dos benefícios ou de orientações por eles buscadas.

5.4 – A construção da categoria empírica

Para a construção da categoria empírica que serviu como norte para as discussões que virão no capítulo seguinte, nos baseamos na definição de GOMES (1994, p. 70), o qual aponta que “a palavra *categoria*, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”.

Após procedermos repetidamente à leitura das respostas obtidas com a realização das entrevistas, pudemos identificar na fala dos entrevistados a constante idéia que se configurou como uma categoria empírica: o papel do Serviço Social intimamente ligado à seletividade para recebimento de benefícios, ajudas e doações.

Pautados neste referencial, de que trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger o todo, constatamos que a categoria empírica construída a partir das entrevistas refere-se ao Serviço Social como agenciador de benefícios assistenciais, não sendo reconhecida em nenhum momento sua função de mediador e efetivador na garantia de direitos sociais no sentido da superação das causas das dificuldades encontradas.

Passamos, a seguir, à discussão desses resultados.

6. DISCUSSÃO

Desde início de sua trajetória, o trabalho do assistente social passou por algumas alterações, indo desde a ênfase à prática educativa (por meio de intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, no que se referia aos seus hábitos de higiene e saúde), à atuação nos programas prioritários estabelecidos pelas políticas de saúde e às ações, na década de 1970, nos níveis curativo e hospitalar, sendo que neste contexto os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo, sendo a função seletiva atribuída aos assistentes sociais (BRAVO e MATOS, 2006).

Desta maneira, separar os mais necessitados, selecionar o grau de carência da “demanda” para incluí-la ou excluí-la dos recursos e serviços dos programas sociais, se constituiu historicamente como atribuição dos assistentes sociais.

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica, de 2006 (BRASIL, 2006), apresentou avanços importantes. Ao preconizar que as ações típicas da Atenção Básica sejam desenvolvidas por meio de práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente no contexto em que vivem essas populações, ressalta a importância da participação, de forma interativa na área da saúde, de outros profissionais e da própria comunidade.

Tal Política, ao mesmo tempo em que adota, em âmbito nacional, a SF como sua estratégia prioritária, reconhece a importância de adequá-la às especificidades loco-regionais, face à diversidade existente entre estados e municípios brasileiros. Respeitar essas especificidades diz respeito à possibilidade de identificar e acolher diferentes necessidades, distintos projetos, novos saberes e diversificados atores.

Como parte constitutiva da Atenção Básica, a promoção da saúde passa a ser compreendida nos termos da Carta de Ottawa, ou seja, como um processo de capacitação da comunidade para interferir, com controle cada vez maior, sobre os determinantes da saúde (Organização Mundial da Saúde, *Carta de Ottawa*, 1986).

Nesse nosso estudo é reiterado o fato de que, cotidianamente, o assistente social se depara com usuários que apresentam uma ampla gama de necessidades, principalmente as que dizem respeito à obtenção de auxílios/benefícios assistenciais. Visto que a quantidade de recursos muitas vezes não consegue preencher a carência de tantos, o profissional acaba tendo que selecionar, com base em critérios pautados no grau de necessidade de cada usuário, qual

deles terá sua necessidade atendida. Desta forma, o que é direito passa a ser visto como uma concessão.

A atuação profissional, entendida como a função de “seleção” atribuída historicamente ao assistente social, acaba por lhe conferir um “falso poder centralizador”, pois muitas vezes parece que o “sim” ou o “não” para uma solicitação depende única e exclusivamente da vontade do profissional, como se este não estivesse inserido também em uma estrutura maior, que acaba por condicionar seus atos.

Entendemos que enquanto o assistente social tiver sua prática voltada apenas para a seleção de “aptos” ou “inaptos” para receber determinado benefício, ajuda, orientação ou encaminhamento, pouco irá se caminhar em direção à efetivação dos direitos sociais e à promoção da saúde, já que suas ações apenas irão reproduzir os critérios seletivos e excludentes presentes em muitas das práticas de assistência à saúde.

A partir da Constituição de 1988, Previdência, Assistência Social e Saúde passaram a integrar a Seguridade Social, sendo estas duas últimas, então, concebidas como direito de cidadania e dever do Estado. O acesso aos seus serviços ficou pautado pela universalidade e seu funcionamento submetido ao controle social, tendo ainda sido promulgadas, no início dos anos 1990, as Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social.

Neste contexto, o Serviço Social, embora não seja uma profissão exclusivamente da saúde, encontrou em seu projeto ético-político condições de se posicionar em favor da equidade e justiça social, na medida em que buscou assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, referendando os ganhos constitucionais na Seguridade Social (VASCONCELOS *et al.*, 2006).

Operar e viabilizar tais princípios éticos – equidade, justiça social, universalidade, democracia – requer uma maior inserção do cidadão nos processos decisórios acerca dos determinantes sociais do adoecer. Assim, a promoção da saúde, um dos aspectos a serem trabalhados pela Atenção Básica, deve ser feita considerando a história, a cultura e o contexto no qual as famílias estão inseridas para a melhoria de sua qualidade de vida, para que não haja a mera reprodução de conhecimentos destituída de significados para elas.

Considerando-se que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, o processo de incentivo à promoção da saúde surge com a constatação de que o modelo biomédico de saúde tradicional, com o seu foco principal na doença, embora tenha que ter sua importância reconhecida, acaba por não considerar outros fatores que influenciam a saúde, tais como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem.

As equipes de Saúde da Família se propõem a atuar numa posição mais ativa da intervenção em saúde, já que, dentre outros aspectos da organização do seu processo de trabalho, não aguarda a demanda chegar à unidade de saúde, situação típica do modelo tradicional.

Gentili (2002) aponta que, com relação ao que se poderia esperar da profissão, se faz necessário entender qual tipo, natureza e função o Serviço Social possui na instituição na qual atua, já que para o autor somente desta maneira será possível construir normas profissionais plausíveis e sensatas, possibilitando um entendimento amplo do conjunto de problemas sociais que dizem respeito aos usuários com os quais a profissão trabalha.

Diante desta realidade, procuramos encontrar aspectos relativos às expectativas dos usuários em relação ao assistente social; as respostas apresentadas pelas pessoas assistidas, nos diversos modelos, não apresentaram diferença, já que em sua maioria os usuários não referiram nenhum outro tipo de expectativa ligada ao atendimento, para além de terem as demandas imediatas atendidas.

Podemos refletir sobre este resultado no contexto histórico do Serviço Social e na cultura já arraigada dos usuários de sua função de “doação”. Neste sentido, não se espera nada mais do profissional além do que conseguir o que se está solicitando, o que pode ainda demonstrar que muitos dos que são atendidos acabam se sentindo como “bem tratados” devido à atenção dada pelo profissional, como se este estivesse ali apenas para dizer sim às solicitações imediatas. Desta maneira, os questionamentos, as reflexões colocadas pelo assistente social no sentido de promover a saúde e a autonomia dos cidadãos atendidos acabam muitas vezes sendo sentidos por eles como “má vontade” do profissional, já que esperam que este dê conta de suas demandas de forma imediata e facilitada.

Ponderamos, com isso, no sentido de que o agir do profissional que queira estar articulado aos interesses e necessidades dos usuários da saúde, deve estar voltado para os princípios de cidadania e justiça social e não apenas permeados por ideais de boa vontade ou compaixão.

Cortella (2002) partilha deste mesmo fundamento, ao alertar a importância para o assistente social, frente à sua herança profissional ligada à caridade, de distinguir os limites entre fazer o bem aos outros e ter um projeto profissional comprometido com a emancipação e autonomia dos usuários.

Pôde-se perceber com este trabalho que os atendimentos dispensados pelo assistente social parecem encerrar-se no momento em que o usuário deixa a sala do Serviço Social, não sendo realizado nenhum outro trabalho de acompanhamento que poderia fazer

com que as famílias pudessem ampliar a forma como lidam com o processo saúde-doença cotidianamente, bem como melhorar o relacionamento com os profissionais de saúde, sejam eles da Saúde da Família ou das unidades de saúde tradicionais.

De acordo com Yazbek (2003) é freqüente a associação entre assistência e ajuda, o que, segundo a autora, acaba resultando em constrangimento, uma vez que, dependendo da maneira como o serviço é realizado, o usuário acaba por assimilar a assistência como ajuda e não como serviço a que tem direito. Neste contexto, para receber “ajuda” é preciso pedir essa “ajuda”, situação que é experienciada como humilhante e difícil, pois deve-se comprovar as necessidades e carências.

Nessa investigação encontramos o predomínio das mulheres na busca de atendimento por parte do Serviço Social, o que nos leva a refletir sobre o papel da mulher em nossa sociedade de preservação da integridade da família.

Os achados corroboram o que apontou Romanelli (2003) sobre a concepção historicamente atribuída ao feminino, de que à mulher é reservado o cuidado com os membros da família e com os assuntos que dizem respeito à manutenção da sua unidade. Desta maneira, buscar atendimento para as necessidades familiares coube, em nosso estudo, predominantemente às mulheres.

Cabe aqui a reflexão de que atender a mulher é também priorizar o universo social que ela representa no momento em que está diante de um profissional, relatando suas “queixas” e necessidades. Embora alguns homens também tenham procurado pelo atendimento do Serviço Social, em sua maioria, o fizeram acompanhados de uma presença feminina (esposa, companheira ou mãe), demonstrando que, embora o espaço externo seja tido como universo do masculino (DURHAM, 1983), quando se trata de buscar auxílio para as demandas cotidianas é a mulher quem realiza este papel de apoio.

As entrevistas apontaram que os sujeitos envolvidos no estudo, independentemente do tipo de modelo assistencial a que se vinculam, compartilham de uma mesma percepção do trabalho do assistente social, histórica, que traz em seu bojo o forte cunho assistencialista.

Exemplo disso é que, por meio das entrevistas, não encontramos usuários que tivessem procurado pelo assistente social buscando novas formas de organização para conseguirem melhorias para a comunidade. Atividades que implicassem mobilizações coletivas também não foram citadas, sugerindo uma desconsideração do apoio mobilizatório que pudessem obter ali, frente a necessidade de estratégias desta natureza.

Podemos refletir, frente aos tipos de demandas apresentadas nesse estudo, que

estas colocam presente o risco de se deixar de observar as necessidades da família em seu conjunto, para apenas tentar dar solução à demanda pontual, que não supera sua condição de vulnerabilidade.

Desta forma, fica posto que a atuação deste profissional tanto pode ter um efeito de fortalecimento do usuário, na busca pela garantia de seus direitos sociais, de sua autonomia e emancipação, quanto um efeito perverso, acabando por fragilizá-lo ainda mais com atitudes autoritárias, rotulativas, discriminatórias, clientelistas e que estimulem sua passividade.

Nesta perspectiva, Faleiros (2002) reitera que o assistente social deve atuar como um aliado do usuário em vez de um gerenciador de recursos da instituição em função dos critérios, normas e itinerários por ela estabelecidos, visto que muitos profissionais acabam observando apenas o ponto vista oficial, deixando de lado o processo de fragilização, de perda do patrimônio do sujeito social.

O Serviço Social e a Saúde enquanto construção social têm em comum a busca por um maior protagonismo, o estímulo à emergência de novos atores, que construam solidariamente comunidades pró-ativas e críticas e, potencialmente, mais saudáveis.

Poder-se-ia esperar que os usuários assistidos por equipes que têm de forma mais intensa e presente a participação social e o controle social pudessem apresentar outras demandas ao Serviço Social para além daquelas assistencialistas, porém esta não foi a realidade encontrada. Com a pesquisa de campo, pudemos perceber que a procedência dos usuários (quer estivessem sob atendimento por equipes de Saúde da Família, quer pelas UBS tradicionais), não modificou a natureza das demandas apresentadas ao profissional, visto que em quase todas as situações estas partiram de um mesmo princípio: suprir uma carência imediata.

Isto ocasionou, como apontado nos resultados, que os usuários acabassem retornando ao serviço com as mesmas demandas focais, já que o tipo de necessidades apontadas, como recebimento de cestas básicas ou ainda vale-transportes, persistem na vida cotidiana destas famílias.

Faleiros (2002) aponta que os benefícios sociais muitas vezes são estigmatizados por estimularem a acomodação e a dependência dos usuários quanto a esses benefícios, retirando-lhes, por exemplo, a iniciativa de buscar emprego. Atualmente, vemos que a categorização de direito ao benefício vem sendo substituída pela de incluído em programas, o que, segundo o autor, acaba por ser aleatório, já que o incluído de hoje pode não sê-lo amanhã.

Esse é um aspecto que hoje caberia ser trabalhado pelas equipes de Saúde da

Família, nessa perspectiva do desenvolvimento da autonomia das famílias. Levando-se em consideração que esse modelo de atenção inovador se faz mais presente no cotidiano dos usuários, pode possibilitar, incentivar e favorecer o resgate das capacidades familiares para a superação da dependência de programas governamentais, buscando na promoção da saúde uma maior autonomia na condução de suas vidas.

Vale ainda considerar a possibilidade de haver demandas subjetivas, apresentadas de forma indireta ao assistente social, por parte dos que buscam orientações e encaminhamentos como maneira de poder lidar melhor com o sofrimento vivenciado. Entendemos que enquanto profissional que lida também com os aspectos internos da vida dos usuários, o assistente social não pode limitar-se a apenas ouvir, aconselhar, encaminhar, já que possui como função social despertar naqueles que o procuram suas potencialidades para lidar com a realidade exterior que cerca seus cotidianos e que com frequência são uma causa importante dos males que estão sendo por eles vivenciados.

Se partirmos da compreensão de Bravo e Matos (2006), o objetivo do trabalho do Serviço Social na área da saúde deve levar em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Para isso é de extrema importância a garantia de condições materiais concretas para que se efetivem os princípios ético-políticos da reforma sanitária e do Serviço Social.

Para que se possa dar início a um processo de mudança de atitudes por parte dos usuários e suas famílias, os profissionais de saúde – e aqui, devido às especificidades de sua formação, o assistente social – devem estar atentos para não incorrerem em atitudes centradas no seu próprio modo de ver a vida, acreditando apenas em soluções baseadas em seu universo de valores e conhecimentos, mas podendo exercer a alteridade, além de articular-se em trabalhos multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais.

Uma possibilidade de maior atuação por parte do assistente social no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família encontra respaldo no recente lançamento, pelo Ministério da Saúde, do plano estratégico Mais Saúde¹⁶ o qual prevê ações que pretendem ampliar a assistência e a qualificação do Sistema Único de Saúde até 2011.

¹⁶ MAIS SAÚDE: constitui-se numa reorientação da política de saúde em busca de melhorar significativamente as condições de saúde e qualidade de vida, por meio da ampliação ao acesso a ações e serviços de qualidade. Propõe algumas inovações, tais como: novos modelos de gestão, novos mecanismos de gerenciamento de processos assistenciais modernizando a regulação do acesso aos serviços de saúde através do cartão nacional de saúde e da gestão de redes e de territórios assistenciais; fortalecimento dos mecanismos do controle social, aumentando a capacidade dos conselhos de saúde e dos mecanismos de ouvidoria e auditoria (BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/pacsauade/>. Acesso em 26 fev.2008).

Neste contexto, por meio da portaria nº 154/08, a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁷ visa reunir diversos profissionais da área da saúde, tais como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que atuarão em parceria e em conjunto com as equipes do Saúde da Família, tendo como objetivo comum ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, complementando o trabalho destas equipes.

Considerando o contexto brasileiro, permeado pela desigualdade social e pela desinformação por parte dos cidadãos acerca de seus direitos, a portaria nº 154/08 (BRASIL, 2008) atribui especificamente ao Serviço Social uma série de ações profissionais enquanto membro das equipes dos NASFs, como:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF.
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

Assim na linha de superação crítica aos atendimentos pontuais realizados, a atuação do Serviço Social junto às equipes da SF poderia propiciar a concretização de um processo de conscientização em saúde.

Se levarmos em consideração este contexto, a interdisciplinaridade mostra-se como o meio de dizer sobre saberes e trocas, pois possibilita a inserção do saber de

¹⁷ Dados disponibilizados pelo portal do Ministério da Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=42123. acesso em 26 fev.2008)

participação tanto do movimento popular organizado, como do usuário.

A atuação por parte de equipes multiprofissionais, destacada pela Portaria nº 154/08, pretende englobar a ação de diversos profissionais, buscando atingir a integralidade dos atendimentos de saúde aos usuários assistidos.

Ao atuarem em parceria com as equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, os profissionais atuantes nos NASFs encontrarão possibilidades de identificação, em conjunto com a comunidade, das atividades, das ações e das práticas a serem adotadas em cada realidade.

A interdisciplinaridade se mostra como uma importante ferramenta na superação da fragmentação de saberes e práticas, já que toda a equipe é responsável pelo atendimento do núcleo familiar e não somente de um membro que busca por atendimento.

Enfrentar os fatores ligados à determinação social da saúde requer a transformação da visão de indivíduos doentes para a de sujeitos sociais, que se encontram em determinado processo e momento de suas vidas.

Uma vez que o campo da promoção da saúde é fortemente marcado pelas demandas sociais e, desta forma, requer múltiplos enfoques, o envolvimento de diferentes disciplinas e a combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação se justifica como alternativa para que sejam alcançados os resultados desejados.

Sícoli e Nascimento (2003) pontuam que tornar a ação intersetorial uma prática mais tangível requer alianças interdisciplinares consistentes, além do desenvolvimento de movimentos comunitários suficientemente fortes para influenciar as políticas públicas, processo esse necessário para que se possa alcançar um estado real de saúde com base nos preceitos da *Carta de Ottawa*, para a qual são necessários vários pré-requisitos, incluindo educação, renda adequada, justiça social e equidade.

Assim, a prática profissional que pretenda interferir nos determinantes do processo saúde-doença, deve ser contrária à assunção de ações instantâneas, mas ter como norte a priorização de suas demandas e a organização e planejamento de suas ações.

Somente ações profissionais que estejam articuladas aos interesses e necessidades da população usuária, incluindo-se aí a importância dada às demandas por promoção da saúde, por organização para a participação no controle social dos serviços prestados, é que irão constituir-se num movimento de enfrentamento da realidade vivenciada, deixando estas ações de terem apenas um fim em si mesmas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos com este estudo caracterizar as principais demandas geradas ao assistente social de uma Unidade de Saúde de referência Distrital, tanto por pessoas assistidas por equipes de Unidades Básicas tradicionais, quanto por aqueles vinculados a equipes de Saúde da Família, abrangendo tanto cidadãos encaminhados por essas equipes, quanto os que se dirigiram ao Serviço Social de forma espontânea, de maneira que pudéssemos identificar semelhanças e diferenças entre as demandas apresentadas por esses distintos grupos e as concepções quanto ao trabalho realizado pelo assistente social.

A análise dos prontuários das pessoas atendidas durante o período definido nos possibilitou delinear o perfil dos cidadãos atendidos pelo Serviço Social, em sua maioria mulheres e de regiões não cobertas pela Estratégia Saúde da Família, e ainda definir a segunda etapa do trabalho, realizada por meio das entrevistas domiciliares.

Para as entrevistas consideramos a totalidade dos usuários vinculados às equipes de Saúde da Família e igual número de usuários de unidades tradicionais do mesmo distrito. O material empírico obtido pelas entrevistas configurou três temas gerais: **a realização dos encaminhamentos; as demandas sociais/resolubilidade; as expectativas quanto ao Serviço Social** e permitiu a construção de uma categoria empírica: o Serviço Social como agenciador de benefícios assistenciais. Esta categoria norteou as discussões realizadas em seguida.

As demandas pontuais por benefícios assistenciais, quer por assistidos pela ESF, quer pelos acompanhados por unidades básicas de saúde tradicionais, mostraram que a origem dos usuários não interferiu nos significados atribuídos ao papel do assistente social: de profissional conessor de benefícios assistenciais.

Tal constatação aponta que um dos grandes desafios a serem enfrentados pelo assistente social hoje reside no fato deste lidar diariamente com questões prementes, muitas das quais exigem respostas imediatas, embora não seja perdida de vista a dimensão política mais ampla, que leve às origens das dificuldades.

Rivero (1999) aponta que embora a Conferência de Alma Ata em 1978, tenha tido como lema principal a “saúde para todos no ano 2000”, o setor saúde não foi entendido como realidade social e processo político. Neste sentido são oferecidas ainda ações públicas a uma população passiva, as quais muitas vezes se impõem a realidades muito complexas, aplicadas

como se não estivessem em permanente mudança e não apresentassem diferenças de um lugar para outro.

Tal contexto pode ser mais bem compreendido se levarmos em consideração que o sistema econômico vigente em nosso país – o projeto neoliberal – traz conseqüências como a fragmentação da vida social e dos problemas sociais e com isso os problemas passam a não ser apreendidos como totalidade, mas como responsabilidade pessoal de cada um.

Esta realidade, de acordo com Battini (1998), faz com que as soluções dos problemas também se dêem de forma fragmentada e, uma vez que se considera que o indivíduo tem autonomia e liberdade para responder às suas necessidades, se não o faz é por ser negligente, omissivo, não tendo interesse para solucionar seus próprios problemas.

A visão encontrada neste estudo por parte dos usuários do Serviço Social, com relação à maneira como enxergam e/ou esperam a atuação deste profissional, apenas confirma o que destacam Cohn et al. (1991, p. 130) com relação ao entendimento perverso das políticas sociais no país, visto que os autores conceituam este como

um estranho movimento de afirmação/negação da saúde como um direito: o cidadão se transforma num carente, o direito em assistência e a saúde em atos médicos fracionados voltados para aquele momento daquele episódio do qual o paciente – vale aqui o termo – é um *portador circunstancial*.

Sabemos que o Serviço Social também sofre as conseqüências deste contexto: a política neoliberal, além de ocasionar profundas conseqüências nas relações de trabalho e na gestão do social, traz dificuldades à atuação profissional: em detrimento do trabalho profissional de relação com a população, reforça-se a tendência à burocratização, à administração de papéis, à quantificação, à inspeção das normas e da regulamentação, entre outros (FALEIROS, 2002).

Pudemos observar a influência deste contexto na realidade de trabalho da profissional com a qual obtivemos os sujeitos participantes desta pesquisa. Embora este não tenha sido o objetivo de nosso estudo, não há como desconsiderar as condições de trabalho com as quais a profissional lida cotidianamente.

Contratada para desempenhar seus serviços num total de vinte horas semanais e atendendo à demanda existente para a Unidade de Saúde Distrital na qual está lotada, verificamos ser de extrema dificuldade dar conta da totalidade dos atendimentos e, quando isto é feito, a qualidade daqueles certamente deixa a desejar, não no sentido da disponibilidade dos serviços prestados, mas de acordo com o que a realidade institucional lhe disponibiliza a ser feito.

O diferencial poderá ser dado pelo atendimento do Serviço Social quando este se

encontrar presente diretamente no cotidiano das famílias atendidas pela ESF, pois atualmente, cada profissional componente das equipes desempenha sua função específica, sem que isso venha afetar ou trazer alguma alteração na concepção dos cidadãos com relação aos demais profissionais.

Neste sentido, os NASFs poderão se configurar, no âmbito de trabalho do assistente social junto à ESF, como possibilidade para que este profissional possa reestruturar sua prática profissional mesmo em meio ao contexto neoliberal, tal como pontua Battini (1998), tornando visíveis as demandas sociais com o compromisso da realização das necessidades da população, embasado na diretriz do dever do Estado e do direito do cidadão.

Importa aos assistentes sociais a compreensão e ação não sobre a realidade interna dos indivíduos, mas a compreensão e a ação sobre a realidade externa – o cotidiano e sua história – sendo este o espaço para a mobilização, organização e não mudança de comportamento e/ou reprodução acrítica de valores.

Os resultados se mostram ainda contraditórios às propostas na direção da Promoção da Saúde, entendida enquanto um processo que demanda ações pautadas no empoderamento (*empowerment*), ou seja, no fortalecimento político da comunidade ativa, na participação e no controle social.

Como preconizada pela *Carta de Ottawa*, a Promoção da Saúde traça como objetivos a garantia do acesso universal à saúde e o princípio de justiça social, englobando ainda a participação social e a intersetorialidade para obtenção de melhor qualidade de vida, ações estas atreladas a um permanente e contínuo processo de reflexão e ação política, exigindo de cada profissional e também de cada cidadão, uma postura crítica para viver e mudar posturas, relações e ações, no que o assistente social tem plenas condições de realizar suas ações, prestando sua contribuição.

Um importante aliado nesse processo de fortalecimento dos usuários para a tomada de decisão é a disseminação da informação e a educação crítica, proporcionando a capacitação de indivíduos e comunidades para se compreenderem e assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam sua saúde.

Ao investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, o assistente social busca despertar a consciência para a adoção de políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e significativos para os próprios usuários dos serviços de saúde.

O campo da política do cotidiano é o local onde se processa a relação entre o assistente social e a população, entendendo-se esta política como trabalho na relação de efeito

e de mudança em que se move a vida cotidiana. Neste sentido, o desenvolvimento da autonomia do sujeito se dá pela negação da tutela e da subalternidade, pela mediação da afirmação da própria palavra e da construção das decisões sobre seu próprio destino, aspectos estes que poderão ser diretamente trabalhados pelo assistente social que atua juntamente e diretamente à população (FALEIROS, 2002).

Ressaltamos, ainda, a importância de contarmos com o trabalho multiprofissional e de saberes interdisciplinares para que seja efetivada a atenção integral à saúde, visto que os determinantes de saúde estão nas condições de vida, de trabalho e no estilo de vida dos indivíduos definidos a partir de suas relações sociais, demandando um conjunto de saberes e fazeres que dêem conta da complexidade desta realidade.

Estratégias para superar carências e chegar às “causas das causas”, na perspectiva de promoção da saúde e fortalecimento da comunidade em nenhum momento foram apresentadas, em qualquer modelo de prestação da assistência, apontando que projetos de emancipação dizem respeito às aspirações de toda uma sociedade e não a apenas uma categoria profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATTINI, Odária (org). **Assistência Social – constitucionalização, representação, práticas**. São Paulo: Veras Editora, 1998.

BENATTI, B. C. G. **Programa de garantia de renda familiar mínima: limites e possibilidades de avanço para o caso de Ribeirão Preto**. Monografia (conclusão de curso) - Universidade de Ribeirão Preto, UNAERP, Serviço Social. Ribeirão Preto, 2003.

BOTAZZO, Carlos. **Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira**. Texto preparado para a 11ª Sessão dos “Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, integrando Serviços”, do Observatório de Saúde Bucal Coletiva, apresentado em 22 de setembro de 2006.

BORDIEU, P. O espírito de família. In: **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. 12 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS).

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M.I; MATOS, M.C.de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social:

elementos para o debate. In: BRAVO, M.I. [et al.], (organizadoras). **Saúde e serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CACCIA-BAVA, M.C.G. **Relatório Técnico dos Núcleos de Saúde da Família** – Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, março, 2004.

CAMPOS, A.; MISHIMA, S.M. O trabalho no Programa de Saúde da Família – perfil das equipes. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – EERP/USP. In: **REME - Revista Mineira de Enfermagem Belo Horizonte**, v. 7, n. 2, p. 124-133, 2003.

CAMPOS, A. C.; MISHIMA, S. M.; CAVICHIOILLI, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família e as necessidades de capacitação das equipes – Estudo de caso. Enf Materno-Infantil e Saúde Pública / ERM – EERP/USP. In: **Anais do Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP), 10: 2002: Ribeirão Preto**.

CAVICHIOILLI, A. C.; MISHIMA, S. M. O trabalho no Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto e as necessidades de capacitação das equipes – Estudo de caso. Enf Materno-Infantil e Saúde Pública / ERM – EERP/USP. In: **Anais do Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP), 10: 2002: Ribeirão Preto**.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COHN, Amélia; NUNES, Edson; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CORTELLA, M.S. O espaço da ética na relação indivíduo e sociedade. In: BONETTI; SILVA; SALES; GONELLI (orgs). **Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FALEIROS, V.P. **Saber profissional e poder institucional**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Estratégias em Serviço Social**. 4ed. São Paulo: Cortez, 2002.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for International Development, 1994. (mimeo).

DURHAM, E.R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E.R; et alii. **Perspectivas Antropológicas da mulher**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise do Conteúdo**. 2 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

- JOSÉ FILHO, M., Pe. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania.** Franca: UNESP-FHDSS, 2002. (Dissertações e Teses, n.5).
- GENTILLI, R.M.L. Formação profissional, ética e cidadania. In: BONETTI; SILVA; SALES; GONELLI (orgs). **Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- GOMES, R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.
- LOURO, G.L. A emergência do gênero. In: LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação.** Petrópolis: Vozes, 1997.
- MARTINS, J. A. **Programa de Saúde da Família: um novo desafio para o Serviço Social.** Monografia (conclusão de curso) - Universidade do Estado de São Paulo – UNESP, Serviço Social. Franca, 2002
- MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, ano XXIV, n.74, julho de 2003.
- MELLA, O. **Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa.** 1998. (mimeo).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MONNERAT, G.L.; SENNA, M.C.M.; SOUZA, R.G.de. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa de saúde da família. In: BRAVO, M.I. [et al.], (organizadoras). **Saúde e serviço social.** 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.
- NETO, Otavio Cruz. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). **Carta de Ottawa.** 1986.
- PAIVA, B.A. Algumas considerações sobre ética e valor. In: BONETTI; SILVA; SALES;

GONELLI (orgs). **Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PUEBLA, C.A.C. **Una introducción a los métodos cualitativos: un módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales**. De Maria Mayan traducido al español com uma nota introdutoria de César A. Cisneros Puebla. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, Mexico, 2001.(mimeo).

RIVERO, David Tejada de. Atenção Primária – Frustração e dívida social para o século XXI? **Ser Médico**. São Paulo, ano II, nº 6, jan/fev/mar/99, p. 12-15.

ROMANELLI, G. O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e ação do Estado. **Mimesis**, Bauru, v.24, n.1, p. 109-123, 2003.

_____. **O significado da alimentação na família: uma visão antropológica**. Medicina (Ribeirão Preto) 2006; 39 (3): 333-9.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC São Paulo, 2002.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p. 91-112, fev 2003.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5): 1354-1360, set-out, 2004.

SZYMANSKI, Heloísa. Trabalhando com Famílias. **Caderno de Ação n.º 1**, IEE/CBIA. São Paulo: março 1992.

TEIXEIRA, Maria Jane Oliveira; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, M.I. [et al.], (organizadoras). **Saúde e serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLES, Miguel S. **Técnicas Cualitativas de Investigación Social: reflexión metodológica y práctica profesional**. Madrid: Editorial Síntesis, S/A, 1997.

VASCONCELOS, A.M.de; MASSON, F.M.; MENEZES, J.S.B.de; VASCONCELOS, R.E.; FERREIRA, S.T. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M.I. [et al.], (organizadoras). **Saúde e serviço social**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:

UERJ, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WAGNER, Hamilton Lima; WAGNER, Ângela Beatriz Papaleo; OLIVEIRA, Eleuza; TALBOT, Yves. **Bases Conceituais de Trabalho em Saúde da Família.** Disponível em http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/publicacoes/psf/bases_conceit.php. Acesso em 29 jan.2008.

_____. **Trabalhando com Famílias em Saúde da Família.** Disponível em http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/publicacoes/psf/trab_familias.php. Acesso em 29 jan.2008.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

APÊNDICE 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos desenvolvendo o estudo intitulado “**O SERVIÇO SOCIAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: potencialidades de uma aproximação**” que tem como pesquisadora responsável Bibiana Cristina Granata Benatti¹⁸. Este estudo será realizado com cidadãos ou famílias da região Oeste do município de Ribeirão Preto, atendidas pelo Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Ele tem por finalidade estudar possíveis necessidades de intervenção, pelo Serviço Social, por parte, das famílias e das equipes da Estratégia Saúde da Família. Estas intervenções podem interferir direta e/ou indiretamente na qualidade de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde das famílias atendidas.

Estou ciente de que minha colaboração consistirá em participar de uma entrevista que será realizada pela pesquisadora acima mencionada.

Estou ciente, também, de que este estudo possui a finalidade de pesquisa, sendo que os dados obtidos serão utilizados em publicações científicas. Contudo, o sigilo é garantido, preservando-se assim a identidade dos participantes.

Declaro ainda que:

- 1) estou aceitando voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
- 2) posso deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar;
- 3) se não concordar em participar deste estudo ou interromper minha participação, minha possibilidade de ter outros atendimentos no serviço não será prejudicada.
- 4) não serão cobrados honorários de qualquer espécie, nem receberei qualquer tipo de pagamento por participar da pesquisa, sendo tudo gratuito e voluntário.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2007.

De acordo:

Nome Legível

Assinatura

¹⁸ Aluna do programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP. Telefone de contato: (17) 8139-7338

Orientadora:

Profa. Dra. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava. Docente do Programa de Pós-Graduação do Depto. de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - Av. Bandeirantes, 3900. CEP 14040-901 / Telefone de contato: (16) 3602-2599.

APÊNDICE 2

Questionário – Entrevista semi-estruturada

- 1- Havia recebido orientações ou encaminhamento para procurar a AS?
- 2- Por qual motivo?
- 3- Teve a solicitação inicial atendida?
- 4- Houve algum assunto que foi levantado na entrevista? Não () Sim () Qual?
- 5- A solicitação subsequente foi resolvida? Não () Sim ()
- 6- Quais expectativas você tinha em relação à sua entrevista com a AS?
- 7- Em que medida foram respondidas?
- 8- Houve necessidade de outros atendimentos? Não () Sim ()

Objetivo: _____