

A POLÍTICA DE SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL

Wiese, Michelly Laurita

*Assistente Social. Mestre em Serviço Social
pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo (PUC/SP). Estágio de Pesquisa de Doutorado
na Universidade Lúsofona de Humanidades e Tecnologias.*

E-mail: michelly_w@hotmail.com.

Introdução

No Brasil desde o ano de 1993 tem-se implantado no âmbito da política de saúde o Programa Saúde da Família (PSF) que tem por objetivo, contribuir, a partir da atenção básica, na reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa é entendido como uma estratégia de fortalecimento das diretrizes do SUS que são universalidade, integralidade, equidade, acesso, informação, entre outros.

O Assistente Social é considerado um profissional de saúde no Brasil desde 1999 com a Resolução No. 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), com isso ocupando espaços importantes na área de saúde. Um destes espaços é o PSF que busca com um conjunto de profissionais trabalhar no âmbito da atenção básica garantindo ações de prevenção e resolutividade dos problemas de saúde.

O Assistente Social trabalha com o social, com as demandas sociais e por se entender que saúde não é somente ausência de saúde, faz-se imprescindível que nas equipes de PSF possam estar integradas profissões que lidam com o social. Neste sentido, entende-se que o profissional de Serviço Social tem uma formação específica que lhe confere com propriedade a olhar o social buscando juntamente com os demais profissionais a construção de práticas vinculadas ao social ampliado porque tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho.

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

Desenvolvimento

O debate sobre a saúde no Brasil teve um avanço significativo no que tange a sua constituição enquanto política de direito, principalmente, nos marcos da reforma sanitária e, posteriormente, com a Constituição Federal de 1988.

Nesta perspectiva, o próprio conceito de saúde ampliou-se sendo entendida em dimensão política, econômica, ideológica, social, operacional, de princípios

e diretrizes. A concepção de saúde ganha outra dimensão, deixa de ser vista de maneira abstrata e passa a ser compreendida em seu sentido mais abrangente “considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Bravo, 1996, p. 77).

Neste sentido, entende-se que a saúde é uma questão social, e ela se configura como tal “quando é percebida e assumida por um setor da sociedade, que tenta, por algum meio, equacioná-la, torná-la pública, transformá-la em demanda política, implicando em tensões e conflitos sociais” (Wanderley, 2000, p. 59).

Isto leva a identificar na prática profissional que, embora, haja uma proposta de política de saúde baseada nos princípios da universalidade, integralidade, acessibilidade, entre outros, a prática dos profissionais tem mostrado dificuldade em perceber que a saúde não envolve somente no uso de medicamentos e exames cada vez mais sofisticados e precisos, ou seja, tem-se a dificuldade de desvencilhar-se do modelo biomédico.

Não é raro o relato de usuários/pacientes que não são ouvidos em suas queixas e história de vida, repleto de elementos que indicam que saúde não é somente ausência de doença e que a construção da própria doença está vinculada aos processos sociais, políticos, econômicos.

Estas considerações referendam a idéia de que se está num momento de mudança e de transição de um modelo de atenção à saúde centrada no modelo biomédico para a implementação de outro, centrado na proteção e na promoção da saúde.

A inversão de um modelo faz parte de um processo histórico lento, gradual, conflituoso que gera resistências ao novo. Isto reflete diretamente no modo de atuação dos profissionais, dirigentes políticos ou de toda uma comunidade envolvidos com esta política.

Entende-se que o SUS busca concretizar um modelo de atenção à saúde, pautado em seus princípios e, nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde através da vigilância à saúde. Isto leva a considerar que a saúde não é apenas ausência de doença e envolve identificar e trabalhar com os vários fatores que configuram o processo saúde e doença.

Isto exige do profissional, ações que estejam pautadas na defesa da integralidade das ações, na promoção, prevenção e recuperação da saúde e entendê-la em seus mais diversos aspectos, não reduzindo a compreensão da mesma apenas vinculada à dimensão biológica.

Merhy (1997), ao discutir como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho nos serviços de saúde, destaca que os profissionais necessitam “modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada” (p. 72).

Nesta direção, a pesquisa que se destaca neste trabalho analisa a articulação da categoria social no contexto das práticas dos profissionais do PSF, que teve como campo de pesquisa o município de Blumenau – Estado de Santa Catarina.

A direção teórica assumida entende a saúde como uma das expressões da questão social, que tem em seu interior dois modelos assistenciais antagônicos (flexneriano¹ e produção social da saúde²) que buscam efetivar seus princípios através de concepções de saúde/doença, da caracterização de uma política e de uma perspectiva do social.

Neste contexto, encontram-se inseridos os profissionais de saúde efetivando através de suas práticas e concepções modelos de saúde, com uma perspectiva para o social.

A pesquisa realizada foi de cunho qualitativa, utilizando-se da técnica da observação participante, da entrevista não estruturada e o uso do diário de campo. Foram pesquisadas três equipes de PSF no município de Blumenau em suas práticas profissionais cotidianas: triagem, visitas domiciliares, grupos temáticos, reuniões de equipe e conselho local de saúde.

Com estas práticas objetivou-se identificar o conceito de social dos profissionais; as demandas da população trazidas até a unidade de saúde e quais destas são consideradas como sociais; dos encaminhamentos dados às demandas sociais e na identificação do(s) profissionais que se ocupam com estas demandas.

¹ Modelo flexneriano se consolida como paradigma pelas recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, que teve amplo financiamento por parte de fundações privadas americanas no período de 1910 a 1930, cujas principais conclusões foram: Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada (MENDES, 1996, p. 238). O paradigma flexneriano está vinculado ao conceito de saúde e doença como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica. Dentre algumas características que a singularizam, pressupõe a ênfase no “mecanicismo, no biologismo, no individualismo, na especialização, na tecnificação e curativismo” (MENDES, 1996, p. 238-239).

² Contrapondo-se ao paradigma flexneriano, Mendes (1996) propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos” (p. 240). A teoria da produção social busca resgatar a realidade em sua dimensão global e superar o conceito de produção econômica restrita, incorporando como produções sociais, a produção política, organizativa, ideológico-cultural, cognitiva, etc. A produção social é entendida como o “agir social de um ator que supõe o uso de recursos econômicos, de poder, de conhecimentos e em que essa produção reverte-se para o ator-produtor como acumulação e desacumulação de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores e conhecimentos” (MENDES, 1996, p. 240).

Constata-se que discutir o social não tem sido uma tarefa fácil, embora surja com força nos diversos campos do conhecimento e da sociedade. O seu aprofundamento ainda é um desafio.

O social é uma categoria constitutiva da própria sociedade que perpassa todas as relações, está presente em cada ato, contexto ou fato. Neste sentido, não há como pensá-lo sem atrelá-lo às relações sociais estabelecidas na sociedade³.

Porém, o fato do social estar presente em todas estas relações não o exclui da possibilidade de ser entendido e conceituado de diversas maneiras. Na pesquisa desenvolvida, duas foram as hipóteses levantadas para a questão do social, ou seja, encontrar-se-ia um social restrito, caracterizado pela ênfase na carência⁴ ou em sua perspectiva ampliada vista sob a ênfase do direito⁵.

A partir destas considerações, igualmente é o desafio da discussão do social no âmbito das práticas profissionais e que neste estudo, procura identificar e analisar o conceito de social para os profissionais, o reconhecimento das demandas sociais e suas formas de encaminhamento, bem como o profissional que assume trabalhar com estas demandas.

Ao se destacar, inicialmente, o conceito de social expresso pelos profissionais, constata-se que a concepção que norteia o entendimento do mesmo, reflete diretamente sobre as práticas desenvolvidas, principalmente, no reconhecimento ou não das demandas sociais.

O social enquanto conceito é entendido pelos profissionais como: “problema e caso de difícil solução”, “problema social que gera angústia”, “social ligado a situações burocráticas”. Estes conceitos foram expressos diante de algumas situações vivenciadas como: conflito familiar, usuário com tuberculose sem

³ A realidade tem mostrado que o social pode assumir várias configurações. O social pode adquirir caráter de justiça, igualdade e universalidade. Pode ser identificado como desenvolvimento social, políticas sociais, economia solidária e resgate das dívidas sociais. Muitas vezes, o uso do social tem a conotação de recursos destinados nos orçamentos sociais de governos e empresas, setores sociais atendidos pelas igrejas e por fundações e “órgãos específicos que têm por natureza atribuições nas chamadas áreas sociais, tais como conselhos de assistência social e conselhos tutelares; indivíduos – os denominados excluídos sociais” (WANDERLEY, 2000, p. 171).

⁴ Historicamente, o conceito do social é identificado de forma restrita, tendo no econômico o seu contrário, representando o eficiente, o enfoque a ser dado na solução para uma sociedade forte. Esta concepção remete ao entendimento de que o social está desvinculado da sociedade, pois não é eficiente, vinculando-se à idéia da carência. Ribeiro (2000) explicita que o social e a sociedade são duas categorias que se encontram atualmente separadas uma da outra e no discurso dos governantes e dos economistas, a sociedade veio designar o “conjunto dos que detêm o poder econômico, ao passo que o social remete, a uma política que procura minorar a miséria” (p. 19).

⁵ O social atrelado à perspectiva do direito está pautado na defesa de uma sociedade construída na garantia da universalidade dos direitos sociais, na cidadania, na emancipação humana e no enfrentamento das desigualdades sociais, reforçando que o social não pode ser pensado fora das relações sociais que se estabelecem, seja na vida cotidiana individual, grupal e de sociedade.

adesão ao tratamento, mulher separada com três filhos e sem renda, famílias em precárias condições de higiene, violência doméstica, usuários acamados, negligência dos filhos, fome e drogas.

Mas ao mesmo tempo em que os profissionais identificam as demandas sociais, em muitas situações as mesmas não são reconhecidas e conseqüentemente ficam sem encaminhamento ou são considerados segredos de família ou das quais não se deve interferir.

Identifica-se, também, neste processo, que as demandas expressas pelos usuários aos profissionais, principalmente o médico, refletiam uma dada demanda social, mas que foi considerada apenas como uma questão de sintoma.

Esta prática revela que a sociabilidade e os componentes coletivos da doença são excluídos, influenciando no diagnóstico e na conduta profissional frente as demandas e queixas dos usuários. Conseqüentemente situações de conflitos advindos do cotidiano são captados e tratados como patologias ou doenças mentais. "Ou seja, que problemas familiares e sociais se transformem em problemas estritamente biológicos e atinentes aos atos médicos, de forma também exclusiva" (Mendes, 1996, p. 242).

O destaque dado pelo autor de que os problemas familiares e sociais se transformam em problemas patológicos, pode ser constatada nas práticas profissionais das equipes de saúde da família (ESF) quando houve a VD a família com histórico de violência, ou como já destacado nas situações de doenças profissionais em que a prática profissional se restringiu a identificar e agir sobre o sintoma. Esta questão leva a questionar a própria relação profissional/usuários e destaca-se:

O modelo de atenção médica para pobre na arte de curar, seja pela mecanização da relação médico/paciente, pela perda de carisma do médico, pela hostilidade crescente entre médicos e pacientes, pela própria natureza do processo de trabalho em que a diagnose impôs-se a terapêutica, pela perda da totalidade do corpo humano e pelo deslocamento do sujeito como centro e objetivo da medicina (MENDES, 1996, p. 243).

Esta discussão leva à constatação de que as práticas profissionais ainda estão enraizadas no modelo biomédico/flexneriano. Isto evidencia que as formas organizativas de um local de trabalho em saúde podem mudar, mas as concepções de saúde e de seu modelo vão determinar em que medida os profissionais se vinculam a uma prática restrita ou ampliada com o processo saúde/doença, incluindo a perspectiva para o social.

Estas constatações levam a questionamentos fundamentais, quando se resgata o conceito de saúde e o modelo assistencial que se expressa com estas práticas profissionais.

Entende-se que, a partir do momento, em que o social é um problema de difícil solução, revela-se a própria concepção restrita de saúde, no sentido da

não identificação porque a saúde envolve outros determinantes e não apenas a ausência de doença.

Neste sentido, o conceito de saúde é tomado em sua negatividade como ausência de doença a partir do modelo flexneriano, estruturando-se como “uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica” (Mendes, 1996, p. 241).

Por isso, concorda-se com Laurell (1983), que é preciso avançar de uma explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação do processo saúde/doença, tendo como eixo o seu caráter social, gerando um novo conhecimento e novas práticas profissionais.

Esta postura oferece a possibilidade de abordar a problemática de saúde como fenômeno coletivo e como fato social que tem implicações para a prática profissional, pois além de uma interpretação do processo saúde/doença, também insere bases sociais que a possam impulsionar e sustentar.

Acrescenta-se a esta discussão a necessidade dos profissionais reaprenderem o trabalho, a partir de dinâmicas relacionais através de diversos conhecimentos, sendo este o espaço em que transita não apenas o mundo “cognitivo, mas a solidariedade profissional e está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistências centrados no usuário” (Franco e Merhry, 2003).

Superar concepções e práticas relacionadas ao modelo biomédico/flexneriano impõe também a construção social de uma nova prática sanitária, ou seja, a vigilância da saúde amparado no paradigma da produção social de saúde.

Neste sentido, as estratégias de intervenção da vigilância da saúde estão amparadas na promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa, podendo “ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção: outra forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual e outras questões para o saber científico sobre a saúde e a doença” (Mendes, 1996, p. 244).

Constata-se então, que as práticas profissionais ainda estão centradas em cada especificidade profissional e é a partir delas que se atua e não diante de uma demanda expressa em sua complexidade que determina que tipo de prática será realizado para garantir no conjunto das ações e o encaminhamento de uma solução.

Neste sentido, produzir saúde não se esgota nas especificidades profissionais, na clínica, na epidemiologia ou somente a vigilância à saúde, mas na construção de outros campos de conhecimento competentes que impliquem o processo relacional com o usuário, a partir de ações acolhedoras, de escutas qualificadas com responsabilidade perante estas ações, pois tecem os vínculos sociais. A partir disto:

O usuário que chega ao serviço, portador de um problema de saúde qualquer, traz consigo registros de sua história pregressa e presente, que fazem parte da subjetividade.

Uma ação de saúde eficaz, necessita entendê-la, necessita operar sobre o seu território. Há situações em que não cabe a perspectiva da cura, ou de resolução clínica, mas sim a construção de um usuário que administre melhor o seu próprio sofrimento (FRANCO e MERHY, 2002, p. 119).

Acrescenta-se a perspectiva de práticas acolhedoras e de vínculo a questão do cuidado, que se operacionaliza a partir de diversos conhecimentos que se articulam em um conjunto de saberes que em relações interceçoras com o usuário produzindo o cuidado.

Resgata-se então, que a produção do cuidado em saúde requer o acesso as tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves) que devem ser comandadas pelas tecnologias leves, bem como o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, “articulando de forma exata seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém” (Franco e Merhy, 2003).

Constata-se então, que as demandas consideradas sociais pelos profissionais da ESF, são trabalhadas de maneira pontual, focal, isolada e fragmentadas, pois são considerados casos e problemas de difícil solução.

Este enfoque caracteriza a ação profissional não vinculada ao cuidado, a criação do vínculo, do acolhimento além das ações estarem centradas no indivíduo e na superação do sintoma/doença. Isto evidencia que o reconhecimento ou não de demandas sociais, necessariamente não efetiva uma prática vinculada ao social entendido em sua perspectiva ampliada, mas na carência.

A partir da discussão das demandas sociais, as mesmas podem ou não ser identificadas. Quando identificadas recebem algum tipo de intervenção profissional mesmo que seja o encaminhamento a outros órgãos, secretarias ou serviços. Mas, o fato de ser reconhecida e encaminhada, não significa efetivamente trabalhar com o social. Há um repasse para outras instâncias e tem um caráter focal.

A saída encontrada pelos profissionais é trabalhar estas demandas buscando amenizar algumas carências que se evidenciam, não entendendo que as mesmas estão inseridas num contexto maior de necessidades das quais os usuários se encontram.

Estas ações focais se operacionalizam em todas as atividades desenvolvidas como triagem, VD, grupos temáticos. Nas situações de triagem quando da identificação de apenas situações de doenças e nas formas de acolhimento vinculadas a figura do médico. Nas VD, quando são consideradas atividades apenas de acompanhamento e tratamento de doenças, ou quando os profissionais não entendem como um recurso que possibilita identificar o usuário inserido em seu meio de vida e das relações comunitárias.

Nos grupos temáticos, quando os mesmos, em sua maioria, não são entendidos como uma demanda social potencializadora de educação em saúde, res-

tringindo a práticas vinculadas à ênfase na doença e com técnicas que restringem a participação.

Isto explicita os conceitos restritos de social destacados por Wanderley (2000) e se remetido às práticas profissionais evidencia a mesma relação porque é entendido como problema histórico e, portanto, não é responsabilidade dos profissionais, pois está atrelado a problemas macro estruturais, justificando que a saída para estas questões está no equacionamento dos problemas econômicos, políticos e financeiros.

Conseqüentemente as ações desenvolvidas acabam sendo focais porque não há uma discussão ampliada das ações a serem realizadas pelas ESF que dêem conta de responder as verdadeiras demandas colocadas pelos usuários e comunidade como um todo, ou seja, usuário-centrada.

Para que a perspectiva usuário-centrada seja efetivada há que se operar uma reestruturação produtiva de saúde, implicando na mudança do modelo assistencial. Neste sentido Franco e Merhy (2002) destacam:

No entendimento que temos, reorganizar a produção de saúde, significa alterar os processos de trabalho, a partir da reinvenção de suas tecnologias. Processos de trabalho que têm como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrados em tecnologias leves e leve-duras. Rompendo com o atual modo de produção da saúde, que se resume a realização de procedimentos centrados nos profissionais e que utiliza tecnologias mais estruturadas, duras e leve-duras (p. 122).

Ao se preconizar o uso da tecnologia leve em saúde que compreende os vínculos e acolhimento com os usuários, possibilita que as práticas de acolhimento não se vinculem apenas a um profissional como constatado no desenvolvimento das práticas de acolhimento realizadas pelas ESF que se centra na figura do médico e apresentam dificuldades em reconhecer as reais queixas e necessidades dos usuários.

Estas constatações evidenciam e reforçam que o atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como produtor de procedimentos, visto que a “produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras” mesmo frente à proposta de modelo de produção social da saúde (Franco e Merhy, 2003).

O fato dos profissionais desenvolverem práticas de grupo, VD, triagem, grupos temáticos, não garante que estejam construindo um novo modelo de saúde, porque ainda se enraízam nas velhas concepções de doença e da fragmentação do conhecimento e das práticas profissionais.

Neste sentido, resgatando o conceito do social para os profissionais, constata-se se tratar de uma categoria marginal, pois não consideram que podem e devem ser trabalhados por eles, mas acabam jogando esta responsabilidade para outros profissionais pautados no discurso e prática centrados na dificuldade de resolverem os problemas sociais, porque não tem solução.

Esta questão evidencia outro ponto importante: a vinculação do social ao profissional Assistente Social, pois o mesmo é categorial no sentido em que é específico de uma profissão, constatada inclusive nos momentos em que se solicitou a pesquisadora, em função de sua formação profissional em Serviço Social, intervir enquanto tal para resolver os casos sociais.

Em algumas situações os profissionais faziam questão que a pesquisadora identificasse e confirmasse que as situações caracterizadas como sociais eram de fato sociais.

A questão da especificidade do social enquanto vinculada a uma profissão é evidenciada também quando se presencia a ansiedade por parte da ESF que possui o profissional de Serviço Social residente⁶ inserido na equipe, trazendo para este profissional a responsabilidade única para a solução dos casos e problemas sociais.

Para as ESF que não possuem o profissional de Serviço Social, as demandas reconhecidas como sociais são encaminhadas para as assistentes sociais da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), pois se trata de uma secretaria específica que trabalha com os problemas sociais. O profissional que na sua maioria encaminha a esta secretaria é a enfermeira, que necessariamente não é o profissional que identifica as demandas sociais, mas que são repassadas através do ACS. Neste sentido, Machado (2002) destaca que:

O enfermeiro aparece como elemento articulador da equipe. Ele desempenha inúmeros papéis: é responsável pelo planejamento, pelo atendimento, pela supervisão dos outros profissionais (auxiliar de enfermagem e ACS) e, na maioria das vezes, pelos contatos externos e articulações interinstitucionais (p. 199).

Porém, se existem situações em que o social não é trabalhado ou encaminhado a outros profissionais ou órgãos, há demandas em que os profissionais consideram-se aptos a trabalhar, pois envolve identificar usuários merecedores desta ação, caracterizando uma prática que conduz ao julgamento moral.

Exemplifica-se esta situação com a doação de roupas, que foi identificada por uma enfermeira como uma necessidade social, mas só recebe “ajuda quem merece, quem cuida da roupa e tem casa limpa, quem valoriza o que recebe” (Wiese, 2003).

A dificuldade de identificar, compreender e se dispor a trabalhar com o social, também recai na questão da formação, pois tradicionalmente os profissionais são formados para trabalharem com a doença e, conseqüentemente, se trabalha com o social sob enfoque da carência, porque não é entendido como um dos determinantes que compõe a saúde.

⁶ Refere-se ao Assistente Social residente, o profissional que se vincula a Residência Multiprofissional em Saúde da Família que tem amplitude nacional e visa à formação de profissionais capacitados para o trabalho no PSF.

Isto contraria as posições defendidas por Piancastelli et al (2000) que entendem que as instituições de formação profissional têm conseguido formar profissionais mais preocupados com aspectos que envolvem a saúde e não apenas com a doença.

Concorda-se, com Ros (2000), que destaca que o fato de se conhecer a complexidade do objeto saúde, não tem garantido que a prática profissional esteja embasada nesta compreensão, pois ainda os pólos de formação profissional vinculam-se ao modelo biomédico.

Estes são indicativos que os caminhos da formação profissional se caracterizam por um processo gradual, conflituoso na concretização de novas concepções e práticas.

Considerações finais

Diante das questões e considerações pontuadas ao longo deste estudo sobre o social no âmbito das práticas profissionais, muito mais que alcançar respostas, buscou-se problematizar o objeto de pesquisa, constatando ser uma temática complexa e que conduz a outros questionamentos.

Esta discussão conduz à reafirmação da defesa da universalidade, da equidade e da integralidade das ações, que busca efetivar a construção de um novo modelo de saúde, através do SUS, além de conter em seus princípios elementos essenciais da perspectiva de direito.

A universalidade porque implica no direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários; a equidade é a defesa da justiça porque as diferenças são consideradas e recebem tratamento igualitário e; na integralidade pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral.

O'Dwyer e Leite (1997) destacam que o princípio que fundamenta o SUS é a saúde como direito social, que se "coloca como um direito do povo e dever do Estado, conquistada com a participação do cidadão, da família, da sociedade, das empresas e outros setores sociais" (p. 91).

Acrescenta-se ainda que além do direito universal e igualitário estar garantido constitucionalmente, os determinantes das condições de saúde, articulam dois setores: "o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direitos e política social que tem prevalecido no país, de pensar esse domínio como o da distribuição de bens e serviços, autonomizando em relação à esfera da produção" (Nogueira, 2002, p. 155).

Neste sentido, a reafirmação do papel do Estado frente à defesa de uma política de saúde vinculada ao SUS é fundamental, para a construção de um projeto contra hegemônico a lógica neoliberal que leva a mercantilização dos serviços e que se constitui o contraponto do processo de desmonte do Estado no Social.

O que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde que tem forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, “destinados aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal” (Carvalho, 2002, p. 60).

Constata-se então, que a construção de práticas profissionais vinculadas ao social na dimensão do direito exige entender que existem no interior da política de saúde, dois projetos de modelos assistenciais antagônicos em conflito, que inclui uma perspectiva diferenciada para o social.

Isto faz da saúde uma questão social que necessita ser explicitada a ponto de abalar a hegemonia e permitir a construção de um projeto contra hegemônico. A partir deste entendimento, defende-se que a proposta que busca concretizar uma perspectiva de direito para a saúde que, implica na visão ampliada de social é o modelo de produção social da saúde, contrariamente ao modelo flexneriano pautado na lógica do mercado, da focalização da política de saúde e da carência para o social.

Remetendo estas discussões para o âmbito das práticas profissionais, é imprescindível que os profissionais incorporem como valor que o social está presente em todas as relações, seja na política de saúde, em um diálogo com o usuário, nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflete todo um contexto social e de vida que marca este sujeito.

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

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

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

Isto pode ser real, se pensarmos que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (FRANCO e MERHY, 2003).

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

Neste sentido, a proposta do PSF, enquanto estratégia de reorganização da atenção básica pode ser o mentor e possibilitador da construção de novos conceitos e práticas que possam garantir efetivamente um modelo baseado na construção social da saúde, não se vinculando à idéia e prática de saúde para pobres, eminentemente focalista e de superação das carências, mas que sua estratégia poderá ser fortalecida e fortalecedora dos princípios do SUS.

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

Neste sentido, a proposta do PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção básica e vinculada aos princípios do SUS, também fica estremecida, uma vez que as ações são focais e atuam na carência e então o que se vai construindo é um PSF para pobres, ou um PSF que esteja vinculado aos interesses da flexibilização da saúde.

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

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

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

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

Neste sentido, entende-se que o profissional de Serviço Social tem uma formação específica que lhe confere com propriedade a olhar o social e o direito

buscando juntamente com os demais profissionais a construção de práticas vinculadas ao social ampliado porque tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho.

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

Costa (2000) constata que a inserção dos assistentes sociais na saúde é cada vez mais requisitada pelas “instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis e apontam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde” (p. 36). Acrescenta-se ainda que:

A objetivação do trabalho do Assistente Social, neste campo da prestação dos serviços, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema (Idem, 2000, p. 62).

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

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

Igualmente as hipóteses levantadas sobre o social foram confirmadas, uma vez que se constatou a existência do social restrito no âmbito das práticas profissionais. Ainda são um desafio à construção de práticas vinculadas em sua perspectiva de direito.

Por isso, sabe-se que as questões abordadas e aprofundadas nesta pesquisa não objetivam trazer respostas prontas ou soluções definitivas, ao contrário, buscam problematizar a temática e trazer ao olhar de todos os profissionais envolvidos com a saúde a pensar que política e práticas são construídas.

A construção da discussão do social no âmbito das práticas profissionais foi um desafio constante e quer-se que o mesmo continue a instigar outros profissionais para o mesmo desafio, publicizando estas questões em busca de caminhos que conduzam à política de saúde de fato para a universalidade, equidade, integralidade, de direito e que o social em sua perspectiva de direito esteja contemplada.

Referências bibliográficas

- BRAVO, Maria Inês Souza e Souza. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/Editora UFRJ, 1996.
- CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. In: *Revista de Políticas Públicas*. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, v.6, no.1, p. 41-66, jan/jun.2002.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez. Ano XXI, no. 62, mar, 2000.
- FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson Elias. *PSF: contradições e novos desafios*. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php/>. Acesso em: 10 fevereiro 2003.
- Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. V. 26, no. 60, jan/abr, 2002.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.
- LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-Doença como Processo Social. In: *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. NUNES, Everardo Duarte (ORG). São Paulo: Global Editora, 1983.
- MACHADO, Lucinéia Morely. O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na Voz de seus Atores. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social*. Brasília: UNB. Vol 01, no. 01, 1º semestre, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. Em Busca do tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: *Práxis Em Salud: un desafio para lo público*. MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (ORGS).Saúde em Debate 108. São Paulo: Hucitec, 1997.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *O Direito na Reforma do Estado Brasileiro: construindo uma nova agenda*. Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.
- O'DWYER, Gilson Cantarino e Leite, Maria Aparecida Carricondo de Arruda. Saúde, Direito Primordial de Cidadania. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina/Paraná, CONASEMS, no. 17, março de 1997.
- PIANCASTELLI, Carlos Haroldo, SARAIVA, Estela Márcia Campos, SOUSA, Maria Fátima de, CERVEIRA, Maria Angélica Cúria e BÔAS, Maria Leopoldina de Castro Villas. Saúde da Família e Desenvolvimento de Recursos Humanos. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, no. 21, dez, 2000.
- RIBEIRO, Renato Janine. *A Sociedade contra o Social: o alto custo da vida pública no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- ROS, Marco Aurélio. *Estilos de Pensamento em Saúde Pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000
- WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Enigmas do Social. In: *Desigualdade e a Questão Social*. BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela; Bógus, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita (ORGS). São Paulo: EDUC, 2000.
- WIESE, Michelly L. DIÁRIO DE CAMPO. Florianópolis. Mimeo, 2003.