

O COTIDIANO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE¹

Francisca Eugênio Bernardino²

Joselita Alves Brasileiro³

Kathleen Elane Leal Vasconcelos⁴

Luciana Paiva Cavalcante⁵

Sâmbara Paula Ribeiro⁶

Resumo: Este artigo é fruto de reflexões processadas por assistentes sociais inseridas nas equipes básicas do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Campina Grande, no estado da Paraíba. Tem-se como horizonte o cenário macroestrutural em que se definem as políticas públicas no Brasil e o processo de implantação do PSF, o qual se constitui como uma estratégia para reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Situando a trajetória do PSF neste município, busca-se resgatar a história da luta local pela inserção do profissional de Serviço Social na equipe básica, conquista obtida oficialmente em 2003. Discutem-se as suas atribuições no programa, analisando a experiência que vem sendo desenvolvida pelos(as) assistentes sociais nas equipes, apontando as dificuldades e desafios que se colocam no seu cotidiano profissional, além de anunciar as suas contribuições, pautadas no Projeto Ético-Político do Serviço Social, para o “fazer saúde da família” no município.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Serviço Social, cotidiano profissional.

¹ Artigo originalmente publicado na Revista Katálisis, fascículo número 2, volume 8, de julho a dezembro de 2005.

² Especialista em Educação Básica. E-mail: eugenia.psf@bol.com.br

³ Especialista em Programa Saúde da Família. E-mail: joselitabrasileiro@yahoo.com.br

⁴ Mestre em Sociologia pela UFPB. Professora do Departamento de Serviço Social da UEPB. Assistente Social do PSF de Campina Grande. E-mail: kathyleal@yahoo.com.br

⁵ Especialista em Saúde Pública (FACISA). E-mail: luciana_p.c@bol.com.br

⁶ Mestre em Serviço Social pela UFPE. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da UEPB. Assistente Social do PSF de Campina Grande. E-mail: sambarapaula@terra.com.br

Abstract: This article was made reflections processed by social assistants inserted in the basic staff of the Family Health Program – PSF – in the city of Campina Grande – Pb. Its horizon is the macro structural and conjunctural scenary in which public politics of Brazil are defined and the process of implantation of the program – Known as a strategy to reorganize the Health System. Situating the trajectory of the PSF in this city, we try to redeem the history of the local fight for the insertion of Social Service Professionals in the basic Staff, conquer made officially in 2003. We discuss its attributions to the program, analyzing the experience that has been developed by the social assistant in that staff, pointing out difficulties and challenges in the professional daily life, besides pointing the contributions of these professionals, mentioned in the Ethical-Political Project of the Social Service, to “make family Health” in the city.

Key words: Family Health Program, Social Service

Introdução

Este artigo busca problematizar o processo de inserção do Serviço Social no Programa Saúde da Família (PSF) em Campina Grande, Paraíba. Procura desvelar a trajetória de luta política da categoria que, articulada a outros sujeitos sociais, conquista inserção na equipe básica do programa no âmbito do município. Trata-se ainda, de uma reflexão acerca dos desafios cotidianos no PSF e da própria formulação de novas práticas e saberes. Toda essa abordagem parte das configurações do cenário macroestrutural e conjuntural em que se definem as políticas públicas no Brasil.

Como se sabe, nos anos 1980, o setor saúde se destaca pelas propostas de mudança no cenário nacional. O marco histórico na discussão política foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, contemplando as devidas articulações com as demais questões que interferem na problemática da saúde. O relatório aprovado na referida conferência expressou as propostas do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, reivindicando a

democratização da saúde e apontando novas determinações para as condições de vida da população.

As proposições de tal Movimento são incorporadas à Constituição Federal de 1988: a saúde passa a ser concebida como direito de todos e dever do Estado. Ou seja, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado passou a ser responsabilizado pela viabilização dos meios necessários ao acesso aos bens e serviços relacionados à saúde. Dessa forma, destacam-se os seguintes princípios e diretrizes norteadores do SUS: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.

Entretanto, as conquistas alcançadas do ponto de vista jurídico, com a promulgação da Constituição, não se traduziram em ganhos materiais efetivos para a maioria da população. Isso porque, após 1988, ocorreu um giro conservador na política do país, na medida em que as políticas de ajuste econômico, concretizadas a partir desta época, passaram a fazer parte de um processo de ajuste global, ao lado do reordenamento das relações entre o centro hegemônico do capitalismo e os demais países do mundo capitalista. Isso vem desembocar numa generalização das políticas neoliberais nos países periféricos.

Conduzido por essa idéia, nos anos 1990, o Estado promove a fragmentação das políticas sociais no enfrentamento da questão social - que se agudiza cada vez mais no bojo das políticas neoliberais-, negando os conflitos de classe; transferindo suas responsabilidades a setores da sociedade civil; apelando para a solidariedade na busca de soluções imediatas para os problemas sociais; aderindo a um amplo processo de privatização das políticas sociais. Assim, o corte nos direitos sociais incorpora a estratégia neoliberal de "redução do Estado", visando diminuir o ônus do capitalismo nas condições gerais da ordem vigente.

No âmbito da política da saúde, dois projetos políticos colocam-se claramente em disputa: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Este último, no desafio de concretizar os princípios garantidos na Constituição Federal de 1988; para o

primeiro, a proposta é a viabilização de um projeto de saúde onde o papel definido para o Estado seria garantir um mínimo de acesso aos serviços de saúde aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos consumidores.

É no interior deste processo contraditório que o Ministério da Saúde, com o objetivo de promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no país, inclui em seu plano de metas e ações prioritárias o Programa Saúde da Família (PSF), que traz no seu bojo interesses contraditórios e as reflexões daquela política macroeconômica e social.

Este programa, de acordo com o Ministério da Saúde, expressa-se como uma estratégia para reorganização da atenção básica, na perspectiva da vigilância à saúde, mediante uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. O discurso oficial expressa a idéia de que não se trata de uma assistência precária para os pobres, mas sim da intenção de construir um novo modelo de assistência no país, a partir do investimento na atenção primária, na prevenção e promoção à saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade, constituindo-se o PSF na porta de entrada do Sistema de Saúde (BRASIL, 1994).

O objetivo do PSF, portanto, seria

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Ou seja, busca-se, através desse programa, afirmar a atenção à saúde, gerando novas práticas profissionais mediante a indissociabilidade entre trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Nesse sentido, a Equipe de Saúde da Família (ESF) precisa conhecer a realidade da população usuária, considerando os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento pactuado em cada uma de suas fases: na programação, na execução e na avaliação.

Como afirma Brasileiro *et al.* (2004), a decisão política de implantar o PSF no município é, sem dúvida, um passo importante. No entanto, transformar essa decisão em atenção à saúde da população universal e resolutiva é consequência de um trabalho que depende da realidade e da articulação específica de cada gestão municipal de saúde, bem como da organização da população, sem, contudo, desconsiderar o contexto macroestrutural em que se insere o poder local.

1. Contextualizando a inserção da(o) assistente social na equipe básica do PSF de Campina Grande

Em Campina Grande, o Programa Saúde da Família foi implantado, juntamente com mais 13 municípios, de forma pioneira no Brasil, em 1994. Iniciou tendo por referência a experiência de Cuba e da cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, conforme destaca Santos (2004).

Os critérios, para seleção das primeiras áreas a serem atendidas, foram os indicadores epidemiológicos mais graves e os locais onde a população tinha maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, foram priorizados dois bairros com condições socioeconômicas e sanitárias bastante precárias.

Após esta etapa, promoveu-se o processo de recrutamento de recursos humanos, através de processo seletivo simplificado, com prova escrita, de títulos e entrevista, para os profissionais da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem). Após a seleção, foi ministrado um curso de capacitação introdutória com os profissionais recrutados, abordando temas relativos ao SUS, à Atenção Primária, e às propostas do PSF.

Assim, em janeiro de 1994, cinco equipes de PSF são instaladas no município de Campina Grande. Registra-se que em cada bairro, onde as equipes iriam atuar, o projeto foi apresentado e discutido com os moradores dos bairros. Nestas apresentações, discutia-se, inclusive, a forma de contratação dos profissionais pelos

presidentes de Sociedades de Amigos de Bairro (SAB's), através do regime celetista (CLT). Dessa forma, deu-se início o processo de trabalho no PSF, que veio a obter vários impactos nos indicadores epidemiológicos, especialmente na redução da mortalidade infantil e materna.

Vale a pena registrar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) só foi implantado no município no ano de 1995, ou seja, um ano após a implantação das primeiras equipes do PSF.

Conforme afirma Santos (2004), a proposta inicial de expansão do programa era de 15 equipes/ano, totalizando 75 equipes para o município. No entanto, tal expansão foi seriamente comprometida pela própria compreensão dos gestores em relação ao SUS e ao PSF, e apenas em 1998 ocorreu uma primeira ampliação das equipes.

Como movimento de resistência a esta não-priorização do programa, foi criada a Associação dos Profissionais do Saúde da Família de Campina Grande (APSF), que vem protagonizando uma série de lutas em prol do SUS (e do PSF); realizando eventos de avaliação do programa com os usuários; incentivando um amplo debate sobre a intersetorialidade, entre outras ações.

Vale destacar que, um ano após a implantação das primeiras equipes, ou seja, já em 1995, diante de necessidades sentidas pelos profissionais e pela população usuária, algumas assistentes sociais⁷ lotadas na Secretaria de Saúde do município, embora não integrando a equipe básica, passaram a desenvolver um trabalho junto a algumas equipes do PSF, tendo, portanto, carga horária e salário diferenciados.

Tais profissionais iniciaram um processo de mobilização para sua inclusão na equipe básica, construindo para isso várias parcerias: com a APSF, com o departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com a delegacia seccional do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) - 13ª Região, com os Conselhos Comunitários de Saúde nos bairros atendidos pelo PSF, com a

⁷ Ao longo deste artigo há muitas ocorrências de palavras, que possuem formas para o masculino e feminino. As autoras optaram pelo uso da forma masculina, apenas como um recurso de simplificação gráfica, sem, contudo, desconsiderar a questão gênero.

coordenação local do PSF⁸. A partir de tais articulações, ocorreram diversas reuniões com os gestores locais e vários documentos foram elaborados para reivindicar a inserção do assistente social na equipe básica do PSF. Este movimento tomou uma maior visibilidade na III Conferência Municipal de Saúde e na IV Conferência Estadual de Saúde, realizadas no ano de 2000, quando foi aprovada a proposta de inserção do assistente social no PSF, além de uma moção de apoio elaborada pelos participantes das citadas conferências. A categoria também se fez presente em Fóruns e Movimentos Populares em Saúde, em Conselhos Comunitários e no Conselho Municipal de Saúde, apresentando a proposta de inserção.

Vale ressaltar que a justificativa para tal luta não era simplesmente corporativa, mas baseada nas contribuições que um profissional como o assistente social poderia trazer para um programa voltado para a atenção integral à saúde. Considera-se que o Serviço Social - sendo uma profissão que assumiu compromisso ético-político “com a democracia, a liberdade e a justiça social” (CFESS, 1993: 17), por ter como objeto de trabalho as questões sociais e uma formação teórico-metodológica que o habilita a lidar com a realidade da classe trabalhadora em seu cotidiano, desempenha um importante papel nesta construção (Teixeira, 2001).

Como está definido pelo Ministério da Saúde, a equipe básica do PSF é composta por um médico de família, ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, considerando que “outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais” (BRASIL, 1997: 13). Ressalta-se ainda a resolução n. 218 (de 06 de março de 1997), do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece o Assistente Social como profissional da Saúde.

Levando em consideração todos esses elementos, além da experiência da atuação das Assistentes Sociais que vinha sendo desenvolvida em algumas equipes, a

⁸ Composta, desde 1998, a partir de reivindicações da APSF, por uma profissional (médica) que atuava no programa.

gestão municipal, numa ousada atitude política, insere o assistente social na equipe do Programa Saúde da Família. O entendimento é que tais profissionais, aliando seus referenciais teórico-metodológicos aos dos outros profissionais de saúde, podem contribuir estrategicamente na consolidação das diretrizes e dos princípios do PSF.

Vale registrar que, em relação à questão salarial, apesar de não haver um incentivo do governo federal para a inserção do assistente social no PSF, a decisão foi que o salário seria equivalente ao dos demais profissionais de nível superior das equipes, com exceção ao do(a) médico(a).

Assim, em 2002, após sete anos de lutas e mobilizações, foi realizado um Processo Seletivo Simplificado para assistentes sociais no PSF de Campina Grande. Da mesma forma que para os demais profissionais, tal processo constou de três etapas (prova escrita, entrevista e análise de currículo), e foi aberto a toda categoria. Todo processo seletivo foi discutido, elaborado e executado por representantes da Coordenação do PSF local, do Curso de Serviço Social da UEPB, da Associação dos Profissionais de Saúde da Família e do Conselho Municipal de Saúde.

Em março de 2003, dá-se a inserção oficial do assistente social, concomitantemente com a inclusão da equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) no PSF de Campina Grande, sendo que cada um dos profissionais sociais fica responsável por duas equipes. Tais inserções ocorrem num contexto de ampliação do programa no município, que conta atualmente com 50 equipes, atuando em 28 bairros, realizando a cobertura de aproximadamente 124.432 pessoas, o que corresponde a 36 % da população campinense, ressaltando-se que a zona rural tem cobertura de 100%, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde.

2. As atribuições da(o) assistente social no PSF

De forma diversa dos demais profissionais da equipe do PSF, cujas atribuições são determinadas pelo Ministério da Saúde, era preciso construir formalmente as do assistente social. Esta atividade foi realizada na Capacitação Introdutória para tais profissionais, curso organizado pelo Pólo de Formação e Capacitação Permanente em Saúde da Família, pela coordenação local do PSF, contando com a participação de professoras do departamento de Serviço Social da UEPB. Durante a capacitação foram enfocadas as seguintes temáticas:

- a) política de saúde no Brasil,
- b) Programa Saúde da Família,
- c) controle social,
- d) competências e atribuições do assistente social no PSF e
- e) instrumental técnico-operativo para as ações do assistente social.

Tendo como horizonte as diretrizes do SUS na estratégia do PSF, o Código de Ética do Serviço Social e a Lei de Regulamentação da Profissão, bem como a experiência que vinha sendo desenvolvida pelas assistentes sociais que atuavam no programa, foram construídas coletivamente as seguintes atribuições, na plenária final do Introdutório:

- a) encaminhar providências, prestar orientações, informações a indivíduos, grupos e à população na defesa, ampliação e acesso aos direitos de cidadania;
- b) prestar assessoria a grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, viabilizando o processo de mobilização, organização e controle social;
- c) desenvolver ações sócio-educativas e culturais com a comunidade;
- d) identificar as potencialidades existentes na comunidade, bem como os recursos institucionais, estimulando as ações intersetoriais, para a melhoria da qualidade de vida da população;

- e) identificar, implementar e fortalecer os espaços de controle social na comunidade;
- f) contribuir para a capacitação e formação de conselheiros (as) de saúde e de outros sujeitos sociais;
- g) discutir, de forma permanente, junto à equipe de trabalho e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos à saúde e as bases que o legitimam;
- h) elaborar, coordenar e executar capacitações para os profissionais do Programa Saúde da Família;
- i) realizar atendimentos individuais de demandas espontâneas e/ou referenciadas na Unidade Básica de Saúde da Família;
- j) emitir laudos, pareceres sociais e prestar informações técnicas sobre assunto de competência do Serviço Social;
- k) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar as ações do PSF;
- l) acompanhar, na qualidade de supervisor(a) de campo, estagiários(as) de Serviço Social, desde que tenha supervisão acadêmica; e
- m) sistematizar e divulgar as experiências do profissional de Serviço Social no PSF.

A partir de tais atribuições, as(os) profissionais se inseriram nas equipes, que estavam em funcionamento (algumas há quase 9 anos), o que representou um verdadeiro desafio e uma tarefa complexa, pois tratava-se de, justamente, construir/legitimar o espaço de um novo profissional em um processo de trabalho que já estava organizado.

3. “Fazendo saúde da família”: o cotidiano profissional do assistente social

Para refletir sobre o processo de inserção no “novo” campo de trabalho, é preciso levar em consideração que o exercício profissional da(o) assistente social não pode ser analisado isoladamente. É necessário atentar para o contexto socioeconômico e político, o processo de efetivação da proposta PSF, a dinâmica das diferentes equipes, bem como para as peculiaridades das comunidades atendidas que, apesar de serem caracterizadas, de forma geral, pelas precárias condições de vida e estarem situadas no mesmo município, possuem especificidades locais. Assim, para tratar do cotidiano profissional do grupo composto pelas 26 assistentes sociais que atualmente estão inseridas no PSF, deve-se levar em conta tais peculiaridades e que nem todas(os) profissionais desenvolvem exatamente as mesmas atividades, a depender justamente das dinâmicas locais.

Como qualquer profissional do PSF, a primeira tarefa das(os) assistentes sociais seria conhecer a realidade vivenciada pelos usuários nos bairros atendidos. Concomitantemente, as(os) profissionais foram se aproximando da dinâmica das atividades desenvolvidas pelas equipes. Nestas, conforme preconiza o Ministério da Saúde, são prestados atendimentos no que se refere às consultas médicas e de enfermagem, pré-natal, puericultura, vacinação, curativos, visitas domiciliares, etc. A equipe também é responsável pelo trabalho educativo, geralmente junto a grupos formados, comumente, pelas características epidemiológicas e demográficas da população, como de gestantes, planejamento familiar, adolescentes, idosos, hipertensos, diabéticos e de saúde mental, entre outros, como mostra Perét (2001). Além disso, há a organização do Conselho Comunitário (ou Local) de Saúde, que é um espaço de controle social em nível local, criado pelas equipes do PSF e composto por representações das diversas entidades existentes nos bairros.

Desta forma, no interior de tais equipes e baseadas nas atribuições que mencionamos anteriormente, são diversas as ações realizadas pelos assistentes sociais, tendo sempre como eixo a defesa e consolidação de direitos sociais.

Trataremos aqui das linhas gerais das ações que vêm sendo desenvolvidas, fazendo uma correlação com as atribuições elencadas.

É importante destacar que a atribuição referente à *orientação* acerca dos *direitos sociais* vai perpassar todas as atividades, seja nos *atendimentos individuais* de usuários, com encaminhamentos para as diversas instituições de viabilização de direitos existentes no município, seja nas visitas domiciliares, nas atividades educativas em grupos ou nas salas de espera.

No que diz respeito às atribuições voltadas para a *mobilização e organização comunitária*, são realizadas atividades de assessoria e apoio aos grupos organizados da comunidade, que são principalmente as Sociedades de Amigos do Bairro (SAB's), os Clubes de Mães, os Conselhos Escolares.

Neste sentido, e seguindo a diretriz referente a *controle social*, destacam-se as atividades desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais junto aos Conselhos Comunitários de Saúde (CCS's). Como se elencou anteriormente, estes se constituem, como indica Bravo (2002), em espaços de articulação entre trabalhadores de saúde, moradores do bairro, representantes das entidades existentes na área (como SAB'S, Clubes de Mães, Igrejas, escolas, creches, entre outras). Tais CCS's não apresentam, de maneira geral, uma estrutura formal e não são regidos por nenhuma legislação específica. Ou seja, são entidades que, embora não estejam instituídas jurídica e legalmente, visam possibilitar a participação da comunidade na elaboração de propostas para a política de saúde em sua localidade. As discussões travadas nos Conselhos Comunitários de Saúde envolvem questões referentes ao atendimento da equipe de Saúde da Família, à moradia, saneamento básico, educação, lazer, segurança, transporte, trabalho, entre outros aspectos relacionados às condições de vida dos(as) moradores(as), sobre os quais os Conselhos buscam soluções, junto às instituições responsáveis, para os problemas identificados.

Como mostram Silveira, Silva e Vasconcelos (2005), a partir da experiência dos CCS's e da necessidade de maior acesso a informações referentes aos direitos sociais, uma das estratégias que começou a ser implementada por algumas equipes do PSF, a

partir da iniciativa de assistentes sociais, foi a realização de Cursos de Capacitação para Conselheiros(as) Comunitários de Saúde. Conforme destaca Benevides (1994), é necessário que se invista na informação, na conscientização, no estímulo à organização, mobilização e participação popular para que se possa avançar na construção/fortalecimento da cidadania. Assim, no intuito de fornecer informações básicas aos sujeitos sociais para atuarem de forma mais qualificada nos espaços locais de controle social, bem como subsidiá-los na formulação de estratégias, na tomada de decisões e no controle da execução da política de saúde em nível local, algumas equipes passaram a desenvolver tais cursos de capacitação, tratando de temáticas como cidadania e participação, controle social, política da saúde (SUS e PSF), atribuições do conselho comunitário de saúde, direitos dos usuários do SUS, entre outros temas, a depender das necessidades locais.

Quanto à atribuição concernente à *capacitação de profissionais*, uma iniciativa das assistentes sociais do PSF, que vem sendo paulatinamente adotada entre as equipes, é a *capacitação de agentes comunitários de saúde*, voltada principalmente para temáticas relacionadas aos direitos sociais.

Em relação à atribuição voltada para a realização de *ações sócio-educativas e culturais com a comunidade*, estas são realizadas especialmente nos grupos de educação em saúde, existentes nas UBSF, desenvolvidas através de oficinas, palestras, dinâmicas de grupo, entre outras. Há também a realização de atividades culturais em algumas das equipes, impulsionadas muitas vezes pela(o) assistente social, como é caso de eventos com idosos, com mulheres e homens do planejamento familiar, com adolescentes, de atividades de lazer, ou de organização de eventos artístico-culturais nas próprias comunidades.

Quanto à *intersectorialidade* que deve ser buscada no trabalho do PSF, as(os) profissionais de Serviço Social, além de encaminhar questões para outros órgãos, têm tentado estabelecer parcerias - intra e intersectoriais - com diversas entidades e instituições para tratar dos problemas dos bairros. Neste sentido, busca-se articulação com os diversos setores do poder público, como a Secretaria Municipal de Assistência

Social, a de Educação, a de Serviços Urbanos, a de Meio Ambiente, entre outras secretarias; o Conselho Tutelar, o Programa Sentinela, as Casas da Família, e, em nível local, com as escolas, creches, igrejas ou outras entidades existentes nos diversos bairros. Uma estratégia adotada na maioria das equipes, diante do quadro de altíssimo índice de analfabetismo nas famílias atendidas, é o trabalho de incentivo e busca de implantação de turmas de alfabetização de jovens e adultos, inclusive em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), através do projeto “Por um Brasil Alfabetizado”.

Apesar de tal esforço, vale ressaltar que a busca da intersetorialidade é um desafio para o PSF, já que é impossível um único setor promover saúde em seu sentido ampliado, muitas vezes esbarrando na falta de resolutividade dos setores responsáveis por determinadas problemáticas. Setores, que, de forma geral, não têm compreensão da necessidade da intersetorialidade.

Sobre a atribuição de *supervisão de estágio supervisionado de Serviço Social*, alguns profissionais se propuseram a receber estagiários da UEPB e realizam atividades de supervisão, estabelecendo uma articulação com o espaço acadêmico.

É importante situar que, em virtude da experiência ainda em consolidação da inserção do Serviço Social no PSF, há uma preocupação, por parte das(os) assistentes sociais, com o *fortalecimento do espaço ocupacional*, o que leva a constantes reuniões para discutir a realidade vivenciada, bem como para *sistematizar e divulgar* experiências da(o) profissional no PSF.

A concretização deste trabalho, entretanto, se depara com uma série de desafios, que vão desde os mais estruturais, que dizem respeito ao contexto sócio-histórico atual, até questões relacionadas ao trabalho na equipe, como veremos a seguir.

4. Dificuldades e desafios na concretização dos direitos sociais: reflexões sobre o Serviço Social no PSF

O grande desafio colocado aos assistentes sociais em seu trabalho no PSF não é diferente daquele com o qual se deparam todos os profissionais que lidam com as múltiplas expressões da *questão social*: vivenciamos um contexto que Netto (1996) define como de transformações societárias, cujas repercussões rebatem diretamente no cotidiano dos usuários atendidos pelas diferentes políticas sociais, entre elas o PSF. Ou seja, há um crescente aviltamento das condições de vida da população, como resultado, inclusive, da concretização dos princípios neoliberais. Tal realidade sócio-econômica das famílias é acompanhada bem de perto pela equipe do PSF, pela própria proposta do programa, de estar situado no cotidiano de vida das famílias, do vínculo que os profissionais estabelecem com a comunidade, do contacto *in loco* com os problemas, inclusive através das visitas domiciliares.

Ao lado deste processo de paulatino empobrecimento da população, ocorre, ainda, a *precarização e enxugamento das políticas públicas* em todo o país, especialmente às de assistência social. Dessa forma, a(o) assistente social do PSF acaba tendo muita dificuldade ao referenciar usuários para as instituições que deveriam viabilizar direitos sociais, pois estas apresentam respostas muito frágeis.

Isso também expressa a fragilidade das ações intersetoriais, pois inexistente uma política articulada entre os vários setores da gestão (sendo esta uma realidade da maioria dos municípios do país), o que acaba por comprometer o trabalho realizado pelo PSF, já que, na concepção ampliada de saúde, a atuação isolada da equipe de saúde da família não faz sentido, sendo a ação intersetorial fundamental para lidar com as questões vivenciadas pela população. É interessante apontar que, em Campina Grande, o setor que vem empreendendo o debate sobre a necessidade da intersetorialidade é justamente o PSF, como demonstra Brasileiro *et al* (2004).

Por outro lado, constata-se que a política da saúde sofre uma série de conseqüências das estratégias de ajuste econômico, expressa na lentidão para a concretização do SUS, que se configura, por exemplo, na ineficácia de um sistema de

referência e contra-referência. Este é considerado um problema sério para o PSF, pois a equipe referencia os usuários para os demais níveis de atenção à saúde, e as dificuldades para acesso a consultas e exames ainda são muito grandes, sem contar com a (falta) de qualidade em alguns serviços e no atendimento por parte de alguns profissionais especialistas. Além disso, apesar do PSF ter sido adotado como modelo de reestruturação da atenção básica à saúde, as UBSFs, por vezes, vivenciam problemas como falta de medicamentos e insumos, o que, obviamente, repercute no trabalho realizado pelas equipes. Além disso, várias UBSFs não dispõem de condições físicas adequadas para a proposta de trabalho, como sala para reuniões, inclusive algumas ainda não possuem simplesmente uma sala para o atendimento do(a) assistente social.

Outra dificuldade que se coloca no cotidiano de trabalho das equipes do PSF é a diversidade de demandas com as quais os profissionais se deparam. Embora a política da Secretaria de Saúde seja de paulatina redução no número de famílias atendidas, ainda se constata que existem equipes atendendo quase mil famílias. Para o assistente social, como está inserido em duas equipes, a quantidade de famílias a ser coberta é enorme, sem contar que, muitas vezes, as equipes estão em bairros diferentes, o que acaba interferindo na própria qualidade da atividade e gera um cotidiano de trabalho extremamente tumultuado.

Outro aspecto importante a ser citado está relacionado a ingerências políticas com as quais, por vezes, as equipes e, particularmente, os assistentes sociais se deparam. Definem-se por atitudes de certos políticos que ainda tentam usar os programas de saúde e de assistência social como redutos eleitorais, ou por lideranças locais, que, por vezes, chegam a hostilizar o trabalho das equipes, por vê-las como “rivais” no “poder” perante a comunidade. Tais posturas, extremamente equivocadas, acabam por repercutir fortemente no exercício profissional do assistente social, em virtude da proposta do trabalho junto com os grupos organizados das comunidades, na busca do fortalecimento do controle social.

Percebe-se a ausência de um planejamento estratégico nas equipes, seja em virtude da não compreensão dessa necessidade, seja por causa da grande demanda de atendimento clínico, que acaba sobrecarregando os(as) profissionais. Entretanto, tal ausência de planejamento acaba por trazer maiores repercussões negativas para o exercício profissional do assistente social, que é justamente o profissional que está voltado para ações que não dizem respeito apenas ao atendimento clínico. São atividades voltadas especialmente para o trabalho de atenção integral à saúde, para a ação intersetorial e para o controle social e que não podem ser realizadas exclusivamente por um profissional, mas pela divisão do trabalho na equipe.

Por fim, um desafio que se coloca para o fortalecimento do Serviço Social no PSF é a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação do trabalho do(a) assistente social. Isso porque a atuação do PSF, em Campina Grande, é baseada em constantes avaliações, especialmente no que se refere aos impactos do trabalho da equipe sobre os indicadores de saúde, geralmente a partir do ângulo quantitativo. Entretanto, como o trabalho do assistente social *não* pode ser avaliado quantitativamente, o desafio tem sido construir indicadores e mecanismos de monitoramento de tal trabalho, que apresente peculiaridades em relação aos dos outros membros das equipes.

Por fim, consideramos que, a depender da correlação de forças, especificamente da organização das forças populares, o PSF pode se configurar como uma faca de dois gumes, da mesma maneira que os demais programas assistenciais no cenário contemporâneo, como enfatiza Teixeira (2002: 253):

[...] ou permanece focalista, como atividade compensatória e de controle social, restringindo-se à seletividade e “cestas básicas”, sem reconhecer direitos sociais; ou se consegue tomar outra direção, mais justa e realmente estratégica para a reorganização do sistema de saúde e pela necessidade de implantar um modelo assistencial de atenção integral, consolidando o SUS, através da participação popular, pois assim contribui também para mudanças básicas na sociedade, como um projeto democrático que se impõe.

Assim, pode-se conduzir a um processo de transformação de necessidades e carências em direitos, abrindo espaço para uma cidadania plena.

Considera-se que é justamente na busca pela efetivação da cidadania que vem se colocando a experiência da(o) assistente social na equipe básica do PSF de Campina Grande, tendo como horizonte a concretização do projeto ético-político do Serviço Social e a consolidação de um projeto efetivamente democrático e popular no “Fazer Saúde da Família” do município.

Referências Bibliográficas

- ❖ BENEVIDES, M. V. Democracia e Cidadania. *In* VILLAS-BOAS, R. (org.). *Participação política nos governos locais*. São Paulo: Polis, 1994.
- ❖ BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica. N. 1*. Brasília, Ministério da Saúde, 1994
- ❖ _____. *Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, fev. 1997.
- ❖ _____. Resolução n. 218 (de 06 de março de 1997) do Conselho Nacional de Saúde.
- ❖ BRASILEIRO, J.A. *et al.* Serviço Social no Programa Saúde da Família de Campina Grande: reflexões sobre o cotidiano da profissão. *In* XI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. *Anais*. Fortaleza, 2004.
- ❖ BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
- ❖ CFESS. CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, Brasília, 1993.
- ❖ NETTO, J.P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão. *In* *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo: Cortez, n.50, 1996.

- ❖ PÉRET, T. C. *O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994/1999.* Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC/RJ, Rio de Janeiro, 2001.
- ❖ SANTOS, P.B.B. dos. *O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande/PB à luz da história oral temática.* Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- UFPB, João Pessoa, 2004.
- ❖ SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M. da; VASCONCELOS, K.E.L. *Conselhos Comunitários de Saúde: espaços de ampliação da democracia participativa?* Campina Grande, 2005. Mimeografado.
- ❖ TEIXEIRA, M. J. de O. *O Programa de Saúde da Família, O Serviço Social e o Canto do Rouxinol.* *In* BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.