

Débora Martini

**A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO
PAIF NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social, do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de mestre em Serviço Social. Linha de pesquisa: Direitos, Sociedade Civil, Políticas Sociais na América Latina.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martini, Débora

A intervenção do Assistente Social no NASF e no
PAIF no município de Florianópolis / Débora Martini ;
orientadora, Keli Regina Dal Prá - Florianópolis,
SC, 2017.
253 p.

- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Atuação Profissional. 3.
Saúde. 4. Assistência Social. I. Dal Prá, Keli
Regina . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.
III. Título.

Débora Martini

A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO PAIF NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Serviço Social” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social

Florianópolis, 07 de fevereiro de 2017.

Prof^a Beatriz Augusto Paiva, Dr^a.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof^a. Keli Regina Dal Prá, Dr^a.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Regina Célia Tamaso Mioto, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Andréia de Oliveira, Dr^a.
Universidade de Brasília

A todos os profissionais assistentes sociais que batalham diariamente pelo reconhecimento da profissão e por melhores condições de trabalho e não se cansam de lutar pela liberdade, justiça social e pela garantia dos direitos sociais.

AGRADECIMENTOS

Aos meus **Pais**, por serem meus maiores incentivadores; por estarem sempre ao meu lado e serem o meu porto seguro nos momentos difíceis. Devo tudo o que conquistei a eles, por isso, minha eterna gratidão e admiração.

Ao meu grande amor, **Daniel**, por ter compartilhado comigo todos os momentos desses últimos três anos e por ter me incentivado a seguir em frente. Pelo amor, apoio, dedicação, parceria e compreensão durante esta etapa da minha vida. “Tudo seria mais difícil sem você ao meu lado!”

Aos **profissionais assistentes sociais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família** pelo apoio, paciência e disponibilidade. Esse trabalho não seria possível sem eles.

À minha orientadora Profa. Dra. **Keli Regina Dal Prá**, pelo exemplo – de professora e profissional – que me inspira todos os dias; pela imensa dedicação, disponibilidade, compreensão e compromisso durante a construção deste trabalho; por ter compartilhado comigo seus conhecimentos e por ter participado da minha vida e da minha formação durante os últimos três anos. “Obrigada por não me deixar desistir!”

RESUMO

A presente dissertação procura adensar a reflexão acerca da atuação profissional do assistente social inserido nas políticas sociais de saúde e assistência social. A escolha do tema de pesquisa vincula-se a experiência profissional junto a uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e aos inúmeros debates ocorridos com gestores e profissionais acerca da importância do profissional inserido no NASF e no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) no município de Florianópolis. A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do SUS e do SUAS, ou seja, junto ao NASF e ao PAIF no município de Florianópolis. Como objetivos específicos buscou-se contextualizar a atuação profissional com base nos redirecionamentos na conformação das políticas sociais de assistência social e saúde no contexto brasileiro; analisar a intervenção do assistente social na APS do SUS, especificamente no NASF; analisar a intervenção do assistente social na PSB do SUAS, especificamente no PAIF e; comparar a intervenção profissional do assistente social no NASF e no PAIF. Metodologicamente o estudo caracterizou-se por ser de natureza aplicada, de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Para a realização da pesquisa utilizou-se uma pesquisa documental, onde foram resgatados documentos que norteiam a intervenção profissional nos campos de atuação do assistente social e uma pesquisa de campo, realizada através de grupos focais com assistentes sociais do NASF e do PAIF do município de Florianópolis. Os resultados obtidos com a pesquisa apontam para as semelhanças e diferenças na atuação do profissional inserido no NASF e no PAIF, que é significativamente influenciada pelas condições de trabalho e pela lógica neoliberal de precarização e focalização das políticas sociais em voga no município. Esse contexto exige do profissional competências e habilidades que possibilitem a mobilização e a luta pela defesa dos direitos sociais e por condições dignas de trabalho, mínimo necessário para a efetivação do trabalho profissional com vistas a transformação da realidade.

Palavras-chave: Atuação Profissional. Serviço Social. Políticas Sociais. Saúde. Assistência Social

ABSTRACT

The present dissertation seeks to broaden the reflection about the professional work of the social worker inserted in the social policies of health and social assistance. The choice of research topic is related to professional experience with a team of the Family Health Support Center (NASF) and to the innumerable discussions with managers and professionals about the importance of the professional inserted in the NASF and the Service of Protection and Integral Care to the Family (PAIF) in the city of Florianópolis. The present research had as general objective to analyze the professional intervention of the social workers in the first level of complexity of SUS and SUAS, that is, next to NASF and PAIF in the city of Florianópolis. As specific objectives, it sought to contextualize the professional performance based on the redirects in the conformation of the social policies of social assistance and health in the Brazilian context; analyze the intervention of the social worker in the Primary Health Care of SUS, specifically in the NASF; analyze the intervention of the social worker in the Basic Social Protection of SUAS, specifically in the PAIF and; compare the professional intervention the social worker in NASF and PAIF. Methodologically, the study was characterized by an applied nature, a qualitative approach, an exploratory and descriptive character. In order to carry out the research, a documentary research was used to retrieve documents that guide the professional intervention in the social worker's fields of study and a field research, carried out through focus groups with social assistants of the NASF and PAIF of the municipality of Florianópolis. The results obtained with the research point to the similarities and differences in the performance of the professional inserted in the NASF and PAIF, which is significantly influenced by the working conditions and by the neoliberal logic of precariousness and focus of the social policies in vogue in the municipality. This context requires the professional skills and abilities that enable mobilization and the struggle for the defense of social rights and decent working conditions, the minimum necessary for the effective work of professionals with a view to transforming reality.

Keywords: Professional Performance. Social Work. Social Politics. Health. Social Assistance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos analisados para a pesquisa documental.....	29
Quadro 2 – Objetivos e ações do assistente social no NASF.....	104
Quadro 3 - Dados e características da implementação do PSF em Florianópolis – 1999-2015.	119
Quadro 4 – Distribuição das eSF e das equipes NASF por DS de Saúde no município de Florianópolis, out/2016.	124
Quadro 5 – Ocupações que compõe o NASF no município de Florianópolis, out/2016.	125
Quadro 6 – Composição das equipes de referência do CRAS de acordo com o porte dos municípios.	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AFLOV - Associação Florianopolitana de Voluntários
APS - Atenção Primária em Saúde
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM - Banco Mundial
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CLS - Conselhos Locais de Saúde
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRU - Desvinculação de Receitas da União
DS - Distritos Sanitários
DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis
eAB - equipes de Atenção Básica
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMC - Emenda Constitucional
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNABEM - Fundação Nacional e Bem Estar do Menor
IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICMS - Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
ID/SUAS - Índice de Desenvolvimento do SUAS
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISS - Imposto sobre Serviços
ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
ITCM - Imposto de Transmissão Causa Mortis

LA - Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida
LBA - Lei Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MDSA - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do SUAS
ONG - Organizações Não Governamentais
OS - Organizações Sociais
OSCIP - Organizações Sociais de Interesse Público
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI - Serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PET - Programa de Educação para o Trabalho
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB - Produto Interno Bruto
PMAPS - Política Municipal de Atenção Primária em Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PREMULTISF - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PRISF - Programa de Residência Integrada em Saúde da Família
PSB - Proteção Social Básica
PSC - Prestação de Serviços à Comunidade
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - Rede de Atenção a Saúde
RCL - Receita Corrente Líquida
RDA - Rede Docente Assistencial
SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESAS - Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Social
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SMCAIFDS - Secretaria Municipal da Criança, Adolescentes, Idoso, Família e Desenvolvimento Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUDES - Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	AS POLÍTICAS SOCIAIS.....	35
2.1	AS POLÍTICAS SOCIAIS, SUA TRAJETÓRIA E O ESTADO SOCIAL.....	35
2.2	A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.....	46
2.2.1	A política de saúde.....	54
2.2.2	A política de assistência social.....	62
3	A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS.....	79
3.1	A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE.....	87
3.1.1	A Atenção Primária em Saúde e a atuação do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	90
3.1.1.1	<i>A Atenção Primária em Saúde e a intervenção profissional do assistente social no município de Florianópolis.....</i>	<i>118</i>
3.2	A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	136
3.2.1	A Proteção Social Básica e a atuação do assistente social no PAIF.....	138
3.2.1.1	<i>A Proteção Social Básica e a intervenção profissional do assistente social no município de Florianópolis.....</i>	<i>154</i>
4	A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SUS E NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DO SUAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	161
4.1	PERFIL PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF E DO PAIF INTEGRANTES DA PESQUISA.....	164
4.2	A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO PAIF NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	168
4.2.1	Objetivos, objeto, demandas e público alvo do assistente social.....	181
4.2.2	Trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.....	188
4.2.3	Participação Social e Controle Social.....	195
4.2.4	Desafios para a atuação profissional.....	198

4.3	UM COMPARATIVO DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO PAIF A PARTIR DO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS.....	210
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	219
	REFERÊNCIAS.....	225
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	245
	APÊNDICE B - Roteiro para Grupo Focal - Profissionais do NASF.....	247
	APÊNDICE 3 – Roteiro para Grupo Focal - Profissionais do PAIF.....	249
	ANEXO 1 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.....	251

1 INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados, no início de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e escopo das ações das equipes de Saúde da Família (eSF), bem como a capacidade da Atenção Primária em Saúde (APS) de resposta à maior parte dos problemas da população. Para isso, deve apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Rede de Atenção a Saúde (RAS) e no processo de territorialização e regionalização a partir da APS.

Parte integrante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF caracteriza-se por ser uma equipe multiprofissional, composta por profissões de diferentes áreas do conhecimento ou especialidades, que deve atuar de maneira integrada com as eSF¹ e as equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas², compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas (BRASIL, 2014).

No ano de 2012, a fim de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com tal política e também como forma de aprimorar o trabalho dos NASFs já implantados, uma nova regulamentação foi elaborada para redefinir os parâmetros de vinculação do NASF (BRASIL, 2014). Com a Portaria GM nº 3.124 de dezembro de 2012, foram criadas três modalidades de NASF financiadas e reconhecidas formalmente pelo Ministério da Saúde (MS): NASF1 referência para no mínimo cinco e no máximo nove eSF, NASF 2 referência para três ou quatro eSF e o NASF 3 referência para uma ou duas eSF.

Cabe destacar que o NASF não é porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por isso, deve atuar como retaguarda especializada para as eSF ou eAB, desenvolvendo um trabalho

¹ As eSF são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e fazem parte da ESF, estratégia reordenadora da APS do SUS. A ESF é guiada pelos princípios da APS, que compreende o conjunto de ações de saúde que abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012^a, p.19). A ESF estrutura-se a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), que trabalha com base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional.

² Equipes de consultório na rua, ribeirinhas e fluviais.

compartilhado e colaborativo com as mesmas de acordo com suas necessidades, dificuldades ou limites (BRASIL, 2014).

No município de Florianópolis os NASFs começaram a ser implantados no final de 2008 e foram ampliados com o passar do tempo. Existem, atualmente, 12 NASFs compostos por pediatras, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais de educação física, farmacêuticos e assistentes sociais - distribuídos em cinco Distritos Sanitários (DS) de Saúde³. Apesar dos NASFs de Florianópolis, de modo geral, estarem organizados de acordo com a Portaria GM nº 3.124/2012 (NASF1 – referência para no máximo nove eSF), alguns profissionais são referência para até 30 eSF, como é o caso dos assistentes sociais e alguns fisioterapeutas.

Vale ressaltar que em se tratando da APS do SUS, o único campo de intervenção do assistente social no município de Florianópolis é o NASF, não havendo profissionais em outros serviços nesse nível de complexidade.

A equipe de Serviço Social inserida no NASF de Florianópolis é composta por cinco profissionais para atender aos 12 NASFs existentes⁴. Para isso, a gestão municipal distribuiu um profissional para cada DS de Saúde, o que gera sobrecarga de trabalho ao profissional que passa a ser referência para no mínimo 21 e no máximo 30 eSF. Essa

³ O município de Florianópolis é dividido em cinco DS – Centro, Leste, Norte, Continente e Sul. Segundo Mendes et al (1995), o DS caracteriza-se por ser uma base organizacional e operativa do SUS, uma proposta específica para o reordenamento dos serviços de saúde em nível local. A criação de DS deve servir tanto para definir um espaço geográfico, populacional e administrativo, criando uma instância de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados nesse espaço, quanto para ser um processo social disposto a determinar mudanças, para cima e para baixo, na estrutura das Secretarias de Saúde e nas práticas sanitárias desenvolvidas no âmbito do DS de forma a adequá-las aos novos objetos do SUS.

⁴ Cabe destacar que, desde o ano de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com a atuação de assistentes sociais residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que também atuam junto ao NASF, porém não fazem parte do quadro permanente de profissionais do NASF. Atualmente, a SMS conta com duas residências, uma vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com quatro residentes, uma atuando no DS Sul, duas no DS Centro e uma no DS Continente, e outra vinculada à Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com cinco residentes, duas atuando no DS Norte, uma no DS Leste, uma no DS Sul e uma no DS Continente.

situação descumpra o preconizado pela Portaria GM nº 3.124/2012 e impossibilita a atuação do profissional de acordo com as diretrizes colocadas pelo NASF, visto que as demandas das eSF, geralmente voltadas para o atendimento direto ao usuário, muitas vezes inviabilizam a atuação do profissional junto ao território.

A falta de espaço físico adequado e de equipamentos mínimos necessários para a atuação profissional (consultório, computador, telefone, etc), as agendas construídas mensalmente e os inúmeros deslocamentos diários ou semanais aos quais estão expostos os profissionais, as dificuldades de integração com as eSF e entre a própria equipe NASF, visto que muitas vezes os profissionais não estão abertos ao diálogo e à construção e desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, também constituem-se em alguns dos desafios encontrados pelo assistente social na atuação junto ao NASF.

Aliado a isso, a gestão municipal também orienta a intervenção dos profissionais de saúde voltada para a lógica produtivista e biomédica, onde se destaca o atendimento clínico, dificultando a atuação dos profissionais direcionada à promoção de saúde e ações no território. A lógica estabelecida pela gestão municipal, voltada para a produtividade e para a visão biomédica, nada mais é do que reflexo do modelo de atenção à saúde que prioriza ações focalizadas, a precarização do trabalho e a privatização da saúde.

Todos esses fatores, juntamente com a criação e reorganização dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) no município, contribuem para os inúmeros questionamentos por parte da gestão municipal acerca da atuação profissional do assistente social no NASF.

Já em relação ao CRAS, este é um equipamento social público de Proteção Social Básica (PSB) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que objetiva “prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso a direitos de cidadania” (BRASIL, 2009a, p.9). Se caracteriza por ser a porta de entrada principal do SUAS e por ser ordenador do acesso à rede de proteção social de assistência social (BRASIL, 2009a).

Os serviços ofertados pelo CRAS estão voltados para o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), outros serviços socioassistenciais e para a gestão territorial da PSB, onde se destacam ações de articulação da rede socioassistencial de PSB referenciada ao CRAS e dos serviços nele ofertados, ações de promoção da articulação

intersetorial, busca ativa no território e produção de material socioeducativo (BRASIL, 2009a).

O PAIF deve ser ofertado obrigatoriamente e exclusivamente pelo CRAS. Entre os outros serviços que podem ser ofertados no CRAS e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, encontram-se: o programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; os centros de convivência para idosos; os serviços para crianças de zero a seis anos que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; os serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de seis a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; os programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; e o centro de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos (BRASIL, 2004). Ou seja, é através do CRAS que os usuários passam a ter acesso à rede de PSB do SUAS, efetivando a lógica da referência e contrarreferência. Além disso, o CRAS assume dois eixos estruturantes do SUAS: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização como principais fatores identitários (BRASIL, 2009a).

No município de Florianópolis, os CRAS começaram a ser implantados no final de 2004. Inicialmente foram quatro unidades localizadas nas regiões norte, sul, centro e continente; no ano seguinte, a região do continente recebeu mais um CRAS totalizando cinco unidades no município. Esse quadro permaneceu inalterado até final de 2010 e início de 2011, onde ocorreu uma nova ampliação, totalizando 13 CRAS em Florianópolis.

Com essa ampliação, iniciou-se uma discussão entre a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e a SMS para organizar e territorializar os CRAS de acordo com as áreas de abrangência das eSF, visando possibilitar uma maior integração entre os serviços das políticas de saúde e assistência social e potencializar o trabalho intersetorial. Esse processo de reorganização do território durou até o final de 2011 aproximadamente e reiniciou em 2013, com a redução dos CRAS ao número de dez.

Com a criação do NASF e reorganização dos CRAS, ampliou-se o número de assistentes sociais contratados nesses espaços e com intervenção no mesmo território, gerando questionamentos por parte da gestão municipal e dos próprios assistentes sociais inseridos no NASF e no PAIF acerca de sua atuação nas duas políticas sociais.

Nesse período, foi criada pela SMS uma comissão para, entre outras questões, discutir sobre a atuação do assistente social nesses dois espaços sócio-ocupacionais, criar fluxos entre os serviços, visando potencializar o trabalho intersetorial e refletir sobre a necessidade ou não de se manter o profissional no NASF. A comissão permaneceu ativa até meados de 2011 e garantiu a permanência dos assistentes sociais no NASF, porém não conseguiu diminuir os tensionamentos acerca da atuação do assistente social no NASF e no PAIF, principalmente por parte da gestão municipal da SMS.

Esses tensionamentos relacionavam-se a: 1) existência de sobreposição das ações do assistente social do NASF e do PAIF junto ao território e às famílias; 2) pouca compreensão por parte de alguns assistentes sociais acerca da sua intervenção, inserida nas políticas de saúde e assistência social; 3) pouca resolutividade por parte dos assistentes sociais do NASF em relação ao PAIF, visto que dependiam de outras políticas e setores para viabilizar o acesso aos direitos sociais; e 4) atuação do assistente social do NASF restrita aos atendimentos individuais e nas UBS.

É importante ressaltar, porém, que muitos desses tensionamentos têm como base a própria precarização do trabalho do assistente social na saúde, visto que o profissional é referência para mais de um NASF e que, por estar sobrecarregado com as demandas das eSF voltadas para o atendimento individual, acaba reduzindo ou mesmo não desenvolvendo ações de promoção à saúde, educação permanente, articulação da rede intersetorial e ações no território, onde destacam-se as ações de mobilização social e de cunho político organizativo.

Esses tensionamentos têm exigido dos profissionais inseridos no NASF uma reflexão constante acerca da intervenção profissional na saúde e um esforço contínuo para legitimar sua atuação nesse campo, visto que, por não ser porta de entrada para os usuários e sua intervenção estar voltada para o apoio às eSF, é rotineiramente questionado.

Além disso, é importante ressaltar que esses questionamentos também têm como pano de fundo, principalmente, as contradições e tensões presentes nas relações de trabalho, a gestão e o redirecionamento das políticas sociais, que tem repercussão na intervenção profissional do assistente social. Acredita-se que, muitas vezes, os gestores reproduzem a visão de que as políticas públicas devem ser focalizadas residuais, com escassos recursos públicos e, que a intervenção profissional do assistente social deva atender aos interesses de um Estado mínimo. Assim, não asseguram tempo para estudo e reflexão, “para desenvolver projetos de grupalização, mobilização e

organização junto aos usuários” (BEHRING, 2009, p.317), entre outros, reduzindo a intervenção profissional a ações emergenciais e focalizadas, que devem ser desenvolvidas independente da política social em que o profissional está inserido, provocando, assim, a sobreposição da atuação profissional do assistente social nas diversas políticas sociais.

Compreendendo as tensas relações entre o projeto ético político profissional, o estatuto assalariado e a visão minimalista do Estado, o profissional de Serviço Social precisa buscar sua autonomia na condução das ações profissionais de forma que suas ações não se sobreponham às ações de outros profissionais. Também, em conformidade com o projeto ético-político profissional, deve buscar a defesa intransigente dos direitos sociais e de políticas sociais universais, de qualidade e com financiamento público, de forma a não ser engolido pelo sistema e ter sua atuação profissional desenhada somente pelos interesses do Estado.

Com base no exposto, a presente pesquisa teve como objeto a intervenção profissional⁵ do assistente social inserido nas políticas de saúde e assistência social e como *locus* de estudo a APS do SUS e a PSB do SUAS no município de Florianópolis.

Como objetivo geral, se propôs analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do SUS e do SUAS no município de Florianópolis, visando observar as particularidades de cada espaço profissional. E para alcançar determinado objetivo pretendeu-se, como objetivos específicos: a) contextualizar a atuação profissional com base nos redirecionamentos na conformação das políticas sociais de assistência social e saúde no contexto brasileiro; b) analisar a intervenção do assistente social na APS do SUS, especificamente no NASF; c) analisar a intervenção do assistente social na PSB do SUAS, especificamente no PAIF e d) comparar a intervenção profissional o assistente social no NASF e no PAIF.

A escolha do tema de pesquisa vincula-se a experiência profissional da pesquisadora junto ao NASF e aos inúmeros debates ocorridos com gestores e assistentes sociais do PAIF dos CRAS do município de Florianópolis. Os debates se referiram à importância do profissional de Serviço Social na política de saúde e de assistência social e sobre sua intervenção profissional em ambos os espaços de atuação, que ora resultava na complementaridade das ações e, ora, na

⁵ Também denominada atuação profissional. No decorrer desse texto, se utilizará intervenção e atuação profissional como sinônimos.

sobreposição de ações do assistente social no território de abrangência das equipes do NASF e do PAIF.

O problema de pesquisa advém de como ocorre a intervenção profissional do assistente social na APS do SUS e na PSB do SUAS no município de Florianópolis e partiu do pressuposto de que o profissional de Serviço Social possui atribuições e competências que devem ser desenvolvidas independente do campo de atuação ou da política social em que se encontra, porém que há exigências inerentes ao espaço sócio-ocupacional que constantemente solicita ao profissional novas demandas e habilidades. Assim, ao se introduzirem nos inúmeros espaços sócio-ocupacionais, “é exigido dos assistentes sociais a apropriação do debate sobre intervenção profissional travado na sua área de conhecimento, e a necessidade de colocá-lo em movimento” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p.65). Esse movimento deve levar em conta sua inserção em um campo extremamente tensionado por projetos profissionais e societários em disputa.

Da mesma forma, o profissional deve considerar sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, que, estando o assistente social na condição de trabalhador assalariado, impõe limites à condução de seu trabalho e, conseqüentemente, à implementação do projeto ético político profissional, reafirmando sua relativa autonomia (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Como questões norteadoras da pesquisa destacam-se: Quais as principais normativas para a atuação do assistente social na APS do SUS? Como elas caracterizam a atuação do assistente social no NASF? Como os profissionais que atuam no NASF no município de Florianópolis caracterizam sua atuação profissional? Quais as principais normativas para a atuação do assistente social na PSB do SUAS? Como elas caracterizam a atuação do assistente social no PAIF? Como os profissionais que atuam no PAIF no município de Florianópolis caracterizam sua atuação profissional? Quais as semelhanças e diferenças da atuação profissional no PAIF e no NASF?

A pesquisa em questão pode ser caracterizada por sua natureza aplicada, visto que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos e sua abordagem qualitativa, que considera a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, buscando identificar o sistema de relações e estruturas dinâmicas de um fenômeno, denotando uma preocupação maior do pesquisador com o processo do que com os produtos, voltando-se aos significados e intencionalidades (MINAYO, 1994).

Richardson (1999) coloca que a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a busca de compreensão detalhada das características e significados envolvidos no problema de pesquisa, ao invés da produção de medidas quantitativas dos fenômenos. Para o autor, a abordagem qualitativa é adequada quando se pretende compreender fenômenos sociais. A partir dessa metodologia pode-se buscar compreender processos dinâmicos vividos por grupos sociais, bem como a complexidade de determinado problema.

Nesse sentido, vale destacar que para a compreensão da complexidade do problema de pesquisa, é necessário levar-se em conta que qualquer objeto percebido pelo homem faz parte de um todo e cada problema identificado é resultante de diversos problemas interligados, sendo necessário ter uma visão de conjunto de forma a apreender a totalidade da questão identificada para a pesquisa.

Levando-se isso em consideração, e visando conhecer o objeto de estudo em sua totalidade, foi realizada uma coleta de dados acerca da intervenção profissional no campo das políticas sociais como forma de identificar e analisar informações, materiais e documentos que auxiliarão na identificação das principais características do objeto em questão.

A pesquisa, portanto, possui caráter exploratório e descritivo, na medida em que se pretende resgatar uma visão geral sobre o fenômeno estudado assim como descrevê-lo e caracterizá-lo, visando proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito. E dentre os diversos instrumentos utilizados na pesquisa qualitativa, este estudo contou com uma pesquisa documental, onde foram resgatados documentos federais, estaduais e municipais que norteiam a intervenção profissional nos campos de atuação do assistente social, qual seja: a APS do SUS e a PSB do SUAS, especificamente o NASF e o PAIF, respectivamente, e uma pesquisa em campo, realizada através de grupo focal, que será detalhada na seção 4.

Conforme Neves (1996), a pesquisa documental é constituída pela análise de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com a finalidade de obtenção de uma interpretação nova ou complementar. De acordo com Ludke e Andre (1986), a análise documental é uma valiosa forma de abordagem de dados qualitativos, complementando informações obtidas por outras técnicas de pesquisa. Dessa forma, tem-se acesso a evidências que fundamentam a discussão sobre o tema, representando uma fonte natural de informações.

Para a pesquisa documental foram resgatados documentos como: leis, decretos, portarias, instruções normativas, cadernos de orientações e normatizações, manuais, entre outros, em âmbito federal, estadual e municipal que norteiam a intervenção profissional do assistente social nos campos de atuação especificamente o NASF e o PAIF, e os documentos que norteiam a gestão das políticas de saúde e assistência social, em especial em seu primeiro nível de atenção, no município de Florianópolis (Quadro 1).

Quadro 1: Documentos analisados para a pesquisa documental

Área	Tipo de documento	Instituição/Âmbito	Documento (título) e ano
Saúde	Portaria	MS/Federal	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional de Atenção Básica.
	Portaria	MS/Federal	Portaria nº 3012, de 26 de dezembro de 2012.
	Portaria	MS/Federal	Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.
	Caderno	MS/Federal	Caderno de Atenção Básica, nº 27 – Diretrizes do NASF, 2009.
	Caderno	MS/Federal	Caderno de Atenção Básica, nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, 2014.
	Relatório	SMS/Municipal	Parâmetros de Organização dos NASF em Florianópolis, 2011.
	Portaria	SMS/Municipal	Portaria/SS/GAB/nº 26/2014 – Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Florianópolis.
	Portaria	SMS/Municipal	Portaria Nº 22/2016 – Política Municipal de Atenção Primária à Saúde.
	Parâmetros	CFESS / Federal	Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, 2010.

Assistência Social	Resolução	Ministério de Desenvolvimento Social e combate á Fome (MDS)/ Federal	Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004 – Política Nacional de Assistência Social.
	Resolução	MDS/ Federal	Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005 – Norma Operacional Básica da Assistência Social.
	Caderno	MDS/ Federal	Caderno CapacitaSUAS – volume 1: SUAS: configurando os eixos de mudança, 2008.
	Caderno	MDS/ Federal	Caderno CapacitaSUAS 2: Proteção de Assistência Social: segurança de acesso a benefícios e serviços de qualidade, 2013.
	Caderno	MDS/ Federal	Caderno CapacitaSUAS 3: Vigilância socioassistencial: garantia do caráter público da política de assistência social, 2013.
	Resolução	MDS/ Federal	Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.
	Orientações	MDS/ Federal	Orientações técnicas sobre o PAIF, vol1: O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, 2012.
	Orientações	MDS/ Federal	Orientações técnicas sobre o PAIF, vol2: Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, 2012.

	Parâmetros	CFESS/ Federal	Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social, 2010.
	Parâmetros	CFESS/ Federal	Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência social, 2007.

Fonte: Quadro elaborado pela autora (2016).

Os documentos constantes no Quadro 1 foram utilizados como base para a caracterização dos serviços de APS e de PSB e para a caracterização da atuação dos assistentes sociais em ambos os espaços e os resultados da pesquisa estão apresentados ao longo do texto. Os dados referentes à pesquisa em campo, realizada através de grupo focal, serão aprofundadas na seção 4 dessa dissertação.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo aprovada conforme Parecer nº 1.619.761. Também foi submetida à avaliação das Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social de Florianópolis com parecer favorável, visando respeitar os preceitos dispostos na Resolução CNS nº 466/2012. Da mesma forma, é importante ressaltar que todos os participantes entrevistados autorizaram sua participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constaram os objetivos da pesquisa e o compromisso em utilização dos conteúdos de forma sigilosa (apêndice 1).

Acredita-se que a proposta de pesquisa possui relevância na medida em que se propõe a debater sobre a intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde e da assistência social. Destaca-se ainda o fato de não existir produções teóricas ou estudos que abordem, conjuntamente, a atuação profissional dos assistentes sociais no NASF e no CRAS e poucas produções que abordam a atuação em cada espaço separadamente. Vale destacar que essa temática vem sendo debatida nos últimos anos dada às inúmeras modificações e ampliações do campo de atuação profissional dentro das políticas sociais. Aqui, registram-se, diante do problema de pesquisa, as importantes iniciativas do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para estabelecer parâmetros/subsídios para a atuação de assistentes sociais na política de saúde e de assistência social como forma de elucidar o exercício

profissional nas particulares condições e relações de trabalho em que se inscreve (IAMAMOTO, 2009a).

Destaca-se que “debater a prática dos assistentes sociais no campo da política social não se confunde com o debate da prática profissional travado no campo de conhecimento do Serviço Social” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p.68) e, embora a intervenção do assistente social no campo da política social seja determinada pelo *ethos* profissional, ela se recobre de características que vão exigir não somente um alinhamento a determinado projeto profissional, porém novas atribuições, competências e habilidades para atuar em cada uma das políticas sociais.

Em termos teóricos as atribuições privativas caracterizam-se por serem “prerrogativas exclusivas, privilégio de uma área, direito e poder de realizar algo” (IAMAMOTO, 2002, p.16). Já as competências profissionais compreendem a “[...] capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, mas a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais” (IAMAMOTO, 2002, p.16). No âmbito do projeto profissional do Serviço Social as atribuições privativas e as competências do assistente social têm a base normativo-legal na Lei nº 8.662 de 07 de junho de 1993 que regulamenta a profissão.

Pretendeu-se com essa pesquisa, contribuir para ampliar o conhecimento da categoria profissional acerca da atuação do assistente social no primeiro nível de complexidade do SUS e do SUAS, assim como contribuir para qualificar a atuação dos assistentes sociais nesses espaços, levando em conta as tensões presentes nas relações de trabalho, na implementação de políticas sociais de cunho universal e nos distintos projetos societários envolvidos.

Dessa forma, esta dissertação está subdividida em três seções. A primeira contextualiza as políticas sociais, sua trajetória e o Estado Social no mundo e no Brasil, apontando para as principais modificações ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988. Apresenta ainda as características das políticas de saúde e assistência social no Brasil e os cortes que ambas estão sofrendo nos últimos anos com as mudanças políticas que ocorreram no país.

A segunda seção traz o resgate sobre a intervenção profissional do assistente social inserido nas políticas públicas e aprofunda essa discussão na área da saúde e assistência social. Essa seção tem como base os resultados da pesquisa documental, com as informações contidas nas principais legislações e normativas, acerca da atuação profissional

na APS do SUS e a PSB do SUAS. Contextualiza a APS e a PSB e a atuação do assistente social no município de Florianópolis, apontando para uma diferença significativa em relação às normativas municipais.

A terceira seção apresenta os resultados da pesquisa de campo, realizada através de grupos focais com assistentes sociais que atuam no NASF e no PAIF, e traz um comparativo da atuação do profissional nesses espaços sócio-ocupacionais. Por fim, fazem-se algumas considerações sobre os resultados da pesquisa, apontando elementos motivadores para novas pesquisas junto a esses espaços de atuação profissional.

2 AS POLÍTICAS SOCIAIS

As profundas mudanças ocorridas no âmbito do Serviço Social na década de 1970 – com o Movimento de Reconceituação – aliadas às mudanças na concepção de direitos sociais e políticas sociais ocorridas após o retorno do Brasil ao Estado de Direito, em 1985, proporcionaram ao longo do tempo uma ampliação dos campos de atuação do assistente social no país.

A ampliação do mercado profissional de trabalho, que diversifica os espaços ocupacionais, tem exigido do profissional novas demandas, habilidades, competências e atribuições, além de indicar a necessidade de se aprofundar o conhecimento acerca da intervenção profissional do assistente social, contextualizando-a no campo da política social.

O debate sobre a profissão e sua relação com as políticas sociais aprofundou-se significativamente do final do século XX ao início do século XXI com o objetivo de expandir os saberes sobre a relação entre questão social e política social. Isso gerou uma significativa produção de conhecimento acerca da política social e auxiliou na consolidação do Serviço Social como área de conhecimento no campo das Ciências Sociais contribuindo para a inserção profissional no embate político da sociedade brasileira e no debate acerca da intervenção profissional dos assistentes sociais no terreno da política social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Porém, as contradições e tensões presentes nas relações de trabalho e a contrarreforma do Estado, no contexto da crise do capital, “vem implicando num redirecionamento das políticas sociais” (BEHRING, 2009, p.316) e conseqüentemente na intervenção profissional do assistente social.

Assim, é fundamental, para início do debate, que se tenha claro o que está se considerando por política social (tendo em vista que a política de saúde e de assistência social, foco desse trabalho, insere-se nesse contexto) e qual a sua trajetória até os dias atuais. Além disso, compreender como as políticas sociais e sua trajetória influenciam na intervenção profissional também será importante para a continuidade da discussão a qual se pretende, qual seja, a intervenção profissional do assistente social na APS do SUS e na PSB do SUAS no município de Florianópolis.

2.1 AS POLÍTICAS SOCIAIS, SUA TRAJETÓRIA E O ESTADO SOCIAL

Pensar as políticas sociais torna-se necessário na medida em que, é através delas, que os direitos sociais são materializados. É através das políticas sociais que as lutas pela manutenção e reprodução da classe trabalhadora se constituem e no qual a luta de classes ganha maior visibilidade.

De modo geral, as políticas sociais podem ser consideradas formas e mecanismos de relação e articulação de processos políticos e econômicos - políticos relacionados à obtenção do consenso, da aceitação de grupos e classes e de manutenção da ordem social e econômicos no que se refere à manutenção do trabalhador e das relações de produção das riquezas. É por isso que se afirma que “as políticas sociais constituem mecanismos de reprodução da força de trabalho” (FALEIROS, 1988, p.33).

Ainda segundo Faleiros (1988), essa reprodução se inscreve nas relações sociais de produção do trabalho, onde o trabalhador, ao mesmo tempo em que produz mercadorias, serviços e, com isso, riqueza para o capitalista, também produz suas condições de sobrevivência através do salário que recebe. Essas relações de exploração são o fundamento da sociedade capitalista e, para que elas possam ser sustentadas e, com isso, o próprio processo de sustentação do capital, torna-se necessário uma regulação geral de reprodução do trabalhador, realizada através da intervenção do Estado.

As políticas sociais compreendem não somente a reprodução da força de trabalho que está diretamente relacionada à produção, mas também daquela que está excluída desse processo, mantendo, com isso, sua capacidade de consumir (FALEIROS, 1988).

Assim, de acordo com o exposto e em concordância com Behring e Boschetti (2008), considera-se que as políticas sociais são desdobramentos, ou até mesmo respostas e formas de enfrentamento (ofertadas pelo Estado) – muitas vezes setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento está nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Também, representam o resultado da relação entre as forças produtivas e as forças sociais, sendo resultado da luta de classes (daí advém dizer que a política de saúde, educação, assistência social, habitação, previdência social, entre tantas outras existentes atualmente, são ganhos conquistados a duras lutas e resultados de complexos processos de relação de força).

A análise das políticas sociais não pode ocorrer em um esquema rígido e imutável. Se há um campo onde é fundamental considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura política e

econômica é o campo das políticas sociais. Sua análise implica, metodologicamente,

a consideração do movimento do capital, e ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o *obrigam* a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. É necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma atuação do Estado (FALEIROS, 1995, p.55).

Em outras palavras, as políticas sociais só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais, por isso, torna-se imprescindível contextualizá-la em sua trajetória.

Não se pode indicar com precisão um momento específico de seu surgimento. Conforme Behring e Boschetti (2008), como processo social, as políticas sociais se gestaram no encontro entre os movimentos sociais de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, as lutas de classe e o desenvolvimento da intervenção estatal.

Inúmeros autores⁶, na tentativa de demarcar a origem e a trajetória das políticas sociais têm tomado como parâmetro institucional e histórico o *Welfare State*⁷, porém, é importante destacar que política social não é sinônimo de *Welfare State*. Para Pereira (2011), política social e Estado Social tiveram origens em momentos distintos e não podem ser confundidos.

Mishra (1991, *apud* PEREIRA, 2011, p.26-27) caracteriza o *Welfare State*, ao contrário da política social, como tendo uma conotação histórica e normativa específica, decorrentes do “fundamento, dinâmica e institucionalidade próprios do perfil capitalista regulado que passou a vigorar a partir da Segunda Guerra Mundial”. Já a política social tem caráter e escopo genéricos, que permitem que ela esteja presente em qualquer ação que envolva a intervenção do Estado no

⁶ Entre eles Marshall (1963), Derek Fraser (1984), Peter Flora e Arnold Heidenheimer (1987), entre outros. Para saber mais sobre o assunto, consultar Pereira (2011).

⁷ Por *Welfare State* entende-se o “modelo estatal de intervenção na economia de mercado que, ao contrário do modelo liberal que o antecedeu, fortaleceu e expandiu o setor público e implantou e geriu sistemas de proteção social” (PEREIRA, 2011, p.23). O *Welfare State* também é conhecido como Estado Social, Estado de Bem Estar, etc.

atendimento às demandas e exigências não necessariamente democrático-cívicas.

Assim, a política social é também caracterizada por ser um produto da conflituosa relação entre Estado e sociedade e, por isso, sempre estará lidando com interesses opostos, visto que resulta da pressão entre sujeitos distintos (PEREIRA, 2011). Destaca-se ainda que seus impactos não produzem necessariamente a melhoria das condições humanas, exatamente por ser contraditória ao atender tanto os interesses do capital quanto das classes trabalhadoras.

Apesar da política social só ter ganhado densidade institucional e dimensão cívica a partir do *Welfare State*, pode-se dizer que algumas tentativas de se estabelecer ações reguladas pelo Estado se fizeram presentes desde o século XIV, como é o caso da Lei dos Pobres na Grã Bretanha. Porém, nas décadas que precederam a Primeira Guerra Mundial, ideias liberais já se tornavam mais fortes, reduzindo a intervenção do Estado e instituindo a concepção de mínimos sociais⁸ (PEREIRA, 2011).

De modo geral, portanto, pode-se dizer que as políticas sociais se tornaram mais aparentes a partir da “passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, em especial na sua fase tardia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.47) ocorrida após a Segunda Guerra Mundial.

Partindo-se disso, o período anterior à Segunda Guerra Mundial, especificamente o período que corresponde a meados do século XIX até a terceira década do século XX, caracterizava-se pelo predomínio do liberalismo e o princípio do trabalho como mercadoria, sendo sua regulação feita pelo livre mercado. Para o liberalismo, cada indivíduo, agindo em seu próprio interesse, quando atuando conjuntamente com um coletivo de indivíduos, geraria o bem estar coletivo. O mercado seria o supremo regulador das relações sociais e a partir dele, seria assegurado o bem estar (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Em outras palavras, segundo a visão liberal, “a ação espontânea do mercado deveria ocasionar um equilíbrio entre todos os indivíduos” (FALEIROS, 1995), utopia que jamais foi realizada, visto que o mercado é um mecanismo que mantém a desigualdade social.

O Estado no liberalismo era mínimo e predominava-se uma suposta ausência de intervenção estatal - restringindo-se a intervir com medidas sociais “fora do mercado” (FALEIROS, 1995, p.42). Essa suposta ausência de intervenção do Estado na garantia dos direitos

⁸ Para saber mais sobre o assunto, consultar Pereira (2002a).

sociais predominante no liberalismo não era algo intrínseco, mas foi criada e defendida pelos liberais. Para eles, o Estado “não deveria intervir na regulação das relações de trabalho nem deveria se preocupar com o atendimento das necessidades sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.61).

É somente na transição – e na continuidade – do Estado liberal para o Estado Social⁹ – transição que não pode ser datada, por não ter ocorrido uma ruptura – que as primeiras iniciativas de políticas sociais aparecem. Esse aparecimento relaciona-se à mudança significativa da perspectiva de Estado, que passou a incorporar orientações social democratas num novo contexto socioeconômico e de lutas de classes. Assim, a partir do final do século XIX, o Estado capitalista passa “a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.64).

Nesse período, a política social se tornou um meio possível e legitimado de concretização de direitos sociais de cidadania, porém, é importante destacar que, por não ser só “uma forma de regulação, mas um processo dinâmico, resultante da relação conflituosa entre interesses contrários [...] tem se colocado, como mostra a história, a serviço de quem mais domínio exercer sobre ela” (PEREIRA, 2011, p.86).

Alguns elementos auxiliam na compreensão da emergência das políticas sociais e na construção do que veio a ser chamado de *Welfare State*¹⁰ a partir do século XX. Segundo Pierson (1991) esses elementos relacionam-se à introdução de políticas sociais orientadas pela lógica do seguro social, em especial na Alemanha, em 1883 e ao fato das políticas sociais passarem a ampliar a ideia de cidadania e a universalizar suas ações, antes focadas na extrema pobreza. Também conforme o autor, o Estado modifica sua relação com o cidadão incorporando a preocupação de atendimento às necessidades sociais reivindicadas pelos trabalhadores; reconhecendo os seguros sociais como conjunto de direitos e deveres; transformando a proteção social em recurso para o exercício da cidadania e incrementando o investimento público nas políticas sociais.

A partir desse momento, ao longo do período depressivo (que vai de 1914 a 1939) e após a Segunda Guerra Mundial (pós 1945), ou seja,

⁹ Por Estado Social, entende-se o padrão histórico e institucional de Estado que se consolidou no pós guerra nos países capitalistas do ocidente (PEREIRA, 2009).

¹⁰ Para saber mais sobre o assunto, consultar Pereira (2011).

na passagem do imperialismo clássico para o capitalismo tardio e com a notável expansão do intervencionismo estatal, as políticas sociais se multiplicaram e se generalizaram, tornando-se objeto de crescente interesse intelectual e político (PEREIRA; STEIN, 2010).

O capitalismo tardio caracteriza-se “por um intenso processo de monopolização do capital, pela intervenção do Estado na economia e no livre movimento de mercado, constituindo-se oligopólios privados (empresas) e estatais (empresas e fundações públicas)” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.82). Da mesma forma, o Estado capitalista passa a desempenhar um papel regulador da sociedade, constituindo-se na principal fonte de provisão e de financiamento do bem estar social (PEREIRA; STEIN, 2010).

Como fundamentos desse período pode-se destacar três marcos orientadores: o keynesianismo, relacionado à regulação econômica e social, iniciado nos anos de 1930; as postulações do Relatório Beveridge sobre a seguridade social, de 1942, e a teoria de Marshall, no final dos anos 1940 (PEREIRA, 2011).

O keynesianismo era caracterizado pelo controle do Estado sobre o ciclo do capital por meio de um conjunto de medidas econômicas e sociais e pelo papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações sociais e econômicas (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Associado com o fordismo constituíram os pilares do processo de acumulação acelerada do capital ocorrida no pós 1945, visto que conjugando o estabelecimento de políticas keynesianas de geração do pleno emprego e crescimento econômico, a instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demandas e ampliar o mercado de consumo e um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho, consolidou a necessidade de regulação estatal para o enfrentamento de crises (PIERSON, 1991). Porém, para além das condições econômicas, eram necessárias condições políticas e culturais, que foram traduzidas em direitos sociais viabilizados pelas políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

O Relatório Beveridge propunha uma revisão da proteção social existente na Grã Bretanha. Propunha um sistema de seguridade social nacional e unificado que contivesse um eixo distributivo e outro contributivo. E apesar de alguns pontos fracos, apontava mudanças significativas na política social enquanto direito (PEREIRA, 2011). Os princípios que estruturam o *Welfare State* são apontados pelo Plano Beveridge, publicado na Inglaterra, em 1942. Entre as regulamentações, materializam-se medidas como: “compromisso com o pleno emprego; introdução e ampliação de uma série de serviços sociais de caráter

universal; e estabelecimento de uma rede de segurança que garantisse padrões de vida acima de uma linha não indigna de pobreza” (PEREIRA; STEIN, 2010, p.109).

Já a teoria de Marshall incluía nos direitos de cidadania os serviços sociais públicos, incumbindo ao *Welfare State* o seu provimento e garantia (PEREIRA, 2011). Para Marshall (1967), a cidadania conteria um conjunto de direitos: civis, políticos e sociais. Os direitos civis estão diretamente relacionados à liberdade individual; os políticos relacionam-se a escolhas de projetos e propostas da sociedade, traduzidos pelo exercício do direito de votar e ser votado; já os direitos sociais incluem o direito a um mínimo de bem estar.

Cabe destacar que, a partir dessas conjugações, associando-se condições econômicas, políticas e culturais, traduzidas em direitos sociais e viabilizadas pelas políticas públicas, expandiu-se o chamado *Welfare State*.

A política social desse período ultrapassou a preocupação com o controle da indigência e com a manutenção da ordem pública – características do período anterior – e se articulou com um conjunto de direitos e deveres. Essa articulação foi responsável pela complexificação da relação entre Estado e sociedade - relação ao mesmo tempo recíproca e antagonica (PEREIRA; STEIN, 2010).

Segundo Esping-Andersen¹¹ (1991), pode-se distinguir três regimes de *Welfare State* a partir das combinações diferentes entre Estado, mercado e família. No primeiro regime, chamado pelo autor de *Welfare State* “liberal”, predominam características relacionadas à assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência e benefícios que atingem, principalmente, uma clientela de baixa renda. Além disso, caracteriza-se pelo progresso da reforma social ser limitado severamente pelas normas tradicionais e liberais da ética do trabalho, pelas regras para acesso aos benefícios serem, muitas vezes, estigmatizantes e os benefícios serem, de modo geral, tipicamente modestos. A consequência desse *Welfare State* “liberal” é a minimização dos efeitos da desmercadorização que “edifica uma ordem de estratificação que é uma mistura de igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado, serviços diferenciados pelo mercado entre as maiorias e um dualismo político de

¹¹ Segundo Behring e Boschetti (2008), apesar dos limites metodológicos que engessam os modelos apontados por Esping-Andersen (1991), seu trabalho revela a importância da expansão das políticas públicas nesse período.

classes” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.108). Nesse regime, encontram-se os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália.

O segundo regime, que agrupa Áustria, França, Alemanha e Itália, é classificado como sendo conservador e fortemente corporativista. Nesse regime, a concessão de direitos sociais não chegou a ser questão controversa, visto que não haveria uma obsessão liberal com a mercadorização e eficiência de mercado. Os direitos estavam relacionados com a classe e o *status*. O edifício estatal está pronto para substituir o mercado enquanto provedor de benefícios sociais, porém, a ênfase estatal na manutenção das diferenças de *status* faz com que seu impacto em termos de redistribuição não seja efetivo. O regime conservador é moldado pela igreja e o Estado só interfere quando a capacidade da família se exaure (ESPING-ANDERSEN, 1991). Esse regime defende que a proteção deve ser responsabilidade de cada um, conforme seu mérito, sua capacidade produtiva e sua performance individual, sendo a intervenção estatal parcial (NOGUEIRA, 2001).

Por fim, o terceiro e menor grupo de países é composto por nações “onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.109). É chamado pelo autor de regime “social democrata”, visto que por trás da reforma social encontrava-se a social democracia como força dominante. Esse regime caracteriza-se pela busca de um *Welfare State* que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade e isso implicava que os serviços e benefícios fossem elevados a níveis compatíveis com os gastos mais refinados das classes médias e que a igualdade fosse concedida tendo como garantia aos trabalhadores a plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos. Esse modelo exclui o mercado e constrói uma solidariedade universal em favor do *Welfare State*. A intenção nesse modelo é socializar os custos da família para que sua capacidade não seja exaurida. Esse regime defende “tanto o mercado (enquanto agente distribuidor não regulador) quanto a família” (NOGUEIRA, 2001, p.99). Para Esping Andersen (1991), a característica mais notável do regime social democrata é a fusão entre serviço social e trabalho.

A partir da crise capitalista de 1969 a 1973, porém, ocorreram mudanças no processo de intervenção pública acarretando em desconfianças quanto a viabilidade do Estado de Bem Estar Social (PEREIRA; STEIN, 2012).

Segundo Draibe e Henrique (1988, p.66) a crise capitalista influenciou diretamente na crise do *Welfare State*, sendo a tese que

justifica “a raiz da crise do Estado de Bem Estar nos valores e novos comportamentos sociais emergentes nas sociedades atuais” a mais forte delas.

Outros argumentos¹² para a crise do *Welfare State* foram levantados, entre eles, encontram-se: 1) O argumento conservador de que o *Welfare State* era pernicioso, correspondendo a uma concepção perversa e falida do Estado. Para eles, os gastos sociais do Estado geraram déficits públicos que penalizaram a atividade produtiva, gerando inflação e desemprego; os benefícios geraram desestímulos ao trabalho e a amplitude dos programas acarretaram em elevados índices de autoritarismo pelo Estado; 2) A crise do *Welfare State* relaciona-se com a crise produzida pela centralização e burocratização excessiva; 3) A crise aponta para a perda de eficácia social; 4) Está relacionada à crise de legitimidade e de baixa capacidade de resistência e opinião pública; 5) Associada à incapacidade do *Welfare State* em responder aos novos valores predominantes nas sociedades pós industriais, entre outros (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Para os progressistas, porém, o *Welfare State* não passou por uma verdadeira crise, mas uma mutação em sua natureza e operação, transformando-se de Estado de Bem Estar para Sociedade de Bem Estar, ou seja, ampliando as margens de opção dos benefícios e ampliando a participação de organizações comunitárias na gestão dos programas (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Esse período foi caracterizado pelo que se chamou de pluralismo de bem estar ou economia mista de bem estar (ABRAHAMSON, 2004; PEREIRA, 2004; BEHRING, 2004), ou seja, pela substituição do modelo keynesiano/beveridgiano de bem estar - onde o Estado era identificado por ser o ator central – para um outro modelo que, “visando quebrar a centralidade do Estado, previa também a participação do mercado e dos setores não-governamentais e não-mercantis da sociedade (o chamado terceiro setor) nas tomadas de decisão e na prática da política social (PEREIRA, 2004, p.135).

Para a operacionalização dessas políticas, o Estado deveria comparecer com seu recurso de poder, o mercado com o dinheiro e o terceiro setor com a solidariedade, criando-se, dessa forma,

uma coalisão de forças capazes de enfrentar com maior eficácia e abrangência dois principais problemas que afligem a ordem capitalista

¹² Não será possível abordar de forma ampla todos os argumentos acerca da crise do *Welfare State*. Para saber mais ver Draibe e Henrique (1988).

contemporânea: *os crescentes níveis de desemprego estrutural e - consequentemente de pobreza - e a ameaça que isso representa para a coesão social* (ABRAHAMSON, 1995 *apud* PEREIRA, 2004, p.136, grifos da autora).

Abrahamson (2004) apresenta três visões acerca do pluralismo de bem estar: a visão cética, a perspectiva neutra e a visão otimista. A visão cética é baseada principalmente nos escritos de Johnson (1987; 1990; 1999 *apud* ABRAHAMSON, 2004), onde o autor reafirma que este tipo de bem estar é uma maneira de reduzir o papel do Estado, sem garantir a efetiva responsabilidade dos setores informais, voluntários e comerciais pelas políticas sociais, principalmente quando da ampliação desses serviços. Johnson (1990, *apud* ABRAHAMSON, 2004) destaca que com o pluralismo de bem estar surgiriam alguns problemas colocando em risco sua oferta: 1) o setor informal (família) poderia ficar sobrecarregado, não dando conta de suprir os cuidados necessários para a oferta de bem estar; 2) o setor voluntário, com a ampliação dos serviços passaria a necessitar de um sistema de contabilidade ou auditoria, colocando em risco sua independência e; 3) o setor comercial com a distribuição de serviços a pessoas poderia gerar a formação de cartéis e monopólios locais.

A perspectiva neutra do pluralismo de bem estar, referendada nas obras de Pinker (1992; 1995 *apud* ABRAHAMSON, 2004), baseia-se no argumento relacionado à flexibilidade e complexidade incorporadas na economia mista de bem estar social, onde haveria menos burocracias e a cooperação entre os vários setores geraria maior provisão de serviços. Por fim, a perspectiva otimista traz os argumentos de Evers (1996; 1997 *apud* ABRAHAMSON, 2004) que considera a redução do Estado um fator positivo, visto que teria, com o pluralismo de bem estar, um potencial para produzir uma política social mais autônoma e digna.

Para fins desse trabalho, corrobora-se com a visão de Johnson (1987; 1990; 1999 *apud* ABRAHAMSON, 2004) – apesar do autor não identificar imediatamente o pluralismo de bem estar social com o neoliberalismo -, entendendo-se que o pluralismo de bem estar social, nada mais é do que a substituição das funções sociais do Estado pelo mercado e terceiro setor, acarretando na privatização, seletividade e focalização das políticas sociais, prerrogativas neoliberais. Da mesma forma, segundo Behring (2004, p.171), a ideia dos três setores, que fundamenta o conceito do pluralismo de bem estar social,

é uma construção idealista e ideológica – no sentido marxiano, de falsa consciência – para justificar e fundamentar deslocamentos reais da intervenção estatal, que implicaram desresponsabilização progressiva e perda de direitos pelas maiorias, principalmente (mas não exclusivamente) nas formações sociais periféricas, onde o ajuste neoliberal foi ainda mais avassalador e a cultura da cidadania tem menos força.

O avanço das ideias neoliberais começa a ganhar terreno, portanto, como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem estar. Os neoliberais defendem que o Estado não deve intervir na regulação do comércio e sustentam a estabilidade monetária como meta suprema, o que só poderia ser alcançado com a contenção dos gastos sociais e com a manutenção de uma taxa natural de emprego (ANDERSON, 1995). A provisão de renda, bens e serviços pelo Estado é percebida como uma ameaça aos interesses e liberdades individuais (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Segundo Behring e Boschetti (2008, p.127), a hegemonia neoliberal na década de 1980 não foi capaz de resolver a crise do capitalismo, porém trouxe efeitos devastadores para as condições de vida da classe trabalhadora, pois “provocaram aumento do desemprego, destruição de postos de trabalho não qualificados, redução dos salários devido ao aumento da oferta de mão de obra e redução de gastos com as políticas sociais”.

É nesse contexto de mudanças estruturais e conjunturais, que o Estado capitalista passa a não exercer mais seu papel de garantidor de direitos, mas, assume um caráter anti-social, comprometendo-se com o atendimento das demandas do capital em detrimento da atenção às necessidades humanas e sociais (PEREIRA, 2009). O Estado, nesse contexto, passa a não mais praticar o *welfare*, mas sim o *workfare*, expressando a ideia de que, “mais do que o Estado, é o sistema capitalista em seu conjunto que está empenhado em encontrar soluções rápidas e menos onerosas para o que considera o problema da dependência dos pobres e desempregados em relação ao Estado” (THEODORE; PECK, 2000 *apud* PEREIRA, 2009, p.228).

Da mesma forma, a reestruturação produtiva, as mudanças na organização do trabalho e a hegemonia neoliberal têm provocado importantes mudanças nas políticas sociais. O desemprego, a precarização das relações de trabalho, a ampliação da oferta de

empregos temporários, instáveis e não associados a direitos, e a expansão de programas de transferências de renda são características do neoliberalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Além disso, o conjunto de reformas do sistema de proteção social públicos, propostos pelo neoliberalismo, provocam a privatização, fragmentação e focalização da política social e criam programas de emergência, dirigidos à população “carente” (STEIN, 2000), acarretando em um desmonte dos direitos sociais.

O século XXI se inicia, portanto, com transformações profundas nas políticas sociais nos países capitalistas e, se não é possível falar em desmantelamento, “é inegável que as reestruturações em curso seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.134).

2.2 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

Para pensar o surgimento e o desenvolvimento da política social no Brasil, primeiramente é importante ter clareza que seu surgimento não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central.

Segundo Behring e Boschetti (2008), não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias e sua constituição em classe para si. A questão social presente no país, com manifestações de pauperismo e iniquidade, após o fim da escravidão, só se colocou como questão política a partir do início do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas para o mundo do trabalho.

A criação dos direitos sociais no Brasil é resultante da luta de classes e expressão da correlação de forças dominantes, representando, por um lado os direitos sociais como pauta de reivindicações dos movimentos e manifestações de classes trabalhadoras e, por outro, a busca pela legitimidade das classes dominantes em um período de restrição de direitos políticos (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Destaca-se, porém, que, até 1887, não se registra nenhuma legislação social do país. Somente a partir do ano seguinte é que são criadas as primeiras iniciativas de proteção social, inaugurando “uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da

proteção social brasileira até os anos 1960 do século XX¹³” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p.79).

As primeiras iniciativas de proteção social giravam em torno da previdência social, com a criação da Lei Eloy Chaves, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e sua posterior transformação em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), e de direitos trabalhistas, como a criação da carteira de trabalho, em 1932. Destaca-se, porém, que nesse período, o Estado preocupava-se essencialmente com a reorganização das relações no processo de acumulação, estando a política social organizada a partir da lógica do seguro (SANTOS, 1987).

Em seguida, a área da saúde e da infância e da juventude também dão os primeiros passos para a construção de políticas sociais mais sólidas, fato que só viria a ocorrer na década de 1980. Até então, a expansão das políticas sociais foi lenta e seletiva e a instabilidade institucional do período dificultou consensos em torno de um projeto nacional, onde se incluía as possibilidades das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Segundo Behring e Boschetti (2008), enquanto no plano internacional desencadeava-se a reação burguesa, no país, inserido em um contexto de ditadura militar vivia-se a expansão do keynesianismo e do fordismo. Contudo, da mesma forma em que eram impulsionadas as políticas públicas, mesmo restritas em relação ao seu acesso, a ditadura militar abria espaço para a saúde, a previdência e a assistência privadas. Essa é, ainda conforme as autoras, uma das principais heranças do regime militar para a política social: um sistema duplo de acesso às políticas sociais – para quem pode e para quem não pode pagar. Assim como na lógica internacional, a política social restringia-se basicamente aos itens compreendidos como política previdenciária, de saúde e educação (SANTOS, 1987).

Segundo Pereira (2004), um fato que chama a atenção, no que se refere às políticas públicas brasileiras, é que, além de periféricas, pode-se dizer que elas foram mais expressivas nos períodos ditatoriais do que nos democráticos, ressaltando a ideia de que por muitos anos, tais políticas se processaram na contramão dos direitos de cidadania.

Os anos subsequentes a 1974 serão marcados pela abertura gradual do regime num processo de transição para a democracia, que irá condicionar a adesão brasileira ao neoliberalismo, já em curso a nível

¹³ Não será possível aprofundar o surgimento das políticas sociais no Brasil. Porém as autoras Behring e Boschetti (2008) trazem com profundidade essa contextualização.

mundial. Nesse período, as políticas sociais passaram a ter características meritocráticas, na medida em que definem políticas específicas para grupos diferentes, e particularistas, visto que não são estendidos a todos os indivíduos da sociedade (DRAIBE, 1989). Da mesma forma, até a década de 1980, a centralização política e financeira em nível federal, a fragmentação institucional, o tecnocratismo, a privatização e o uso clientelístico das políticas sociais eram características presentes no Estado brasileiro (DRAIBE, 1989).

Com a emergência do neoliberalismo em escala mundial a partir de 1970, os direitos sociais foram tensionados por reformas visando o retrocesso. O Brasil, porém, seguiu um fluxo inverso. De meados de 1970 a 1988 o movimento social que buscava a redemocratização do país conquistou, com a Constituição Federal de 1988, o reestabelecimento da democracia, o desenho de um projeto voltado para o Estado de bem estar, cujos princípios da universalidade, seguridade e direitos sociais eram os pontos principais (FAGNANI, 2011). É importante deixar claro, porém, que, em nenhum momento, se está considerando que os avanços conquistados pela Constituição Federal de 1988 foram sinônimos de *Welfare State*.

Por outro lado, as tensões presentes entre os paradigmas do Estado mínimo versus o Estado de bem estar aponta no sentido oposto: o da tentativa de impedir a consolidação das bases trazidas pela Constituição Federal de 1988. Com a opção – tardia – do Brasil pelo neoliberalismo, a agenda do Estado mínimo ganhou impulso (FAGNANI, 2011).

Na Nova República (de 1985 a 1988) ocorreram alguns avanços na área política, porém, concomitantemente, houve uma retração e desmantelamento das políticas sociais. Fagnani (1997, p.214) considera que esse intervalo de tempo foi caracterizado por uma “estratégia reformista”, onde os diversos planos de ação do Estado priorizaram o resgate da dívida social e rejeitaram a sujeição das políticas sociais às medidas de ajuste macroeconômico.

Os principais impulsos reformistas estavam relacionados à área da suplementação alimentar, incorporação da reforma agrária e do seguro desemprego e a instituição de grupos de trabalho e comissões setoriais (FAGNANI, 1997). No Legislativo, a conclusão de parte do processo da Constituinte, “com a promulgação da nova Constituição, que introduziu avanços formais, corrigindo iniquidades e ampliando direitos, especialmente no campo trabalhista e na seguridade social” (FAGNANI, 1997, p.218) foi o principal avanço.

No que se refere à proteção social, o maior avanço da Constituição Federal de 1988 foi a seguridade social, cujo conceito engloba a saúde, a previdência e a assistência social (MOTA, 2011). Há que se realçar também alguns princípios como a participação popular, a descentralização administrativa e a universalização de serviços. As novas regras relativas ao financiamento das políticas sociais também foram iniciativas reformistas importantes nessa fase, apesar da sua implementação não ter ocorrido da forma esperada.

A despeito de lembrado como período de conquistas democráticas, em função das lutas sociais e da Constituição Federal de 1988, a década de 1980 foi uma década perdida em relação à economia, principalmente devido ao endividamento externo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Esse período, apesar de caracterizar-se por conquistas e mudanças para os trabalhadores brasileiros, já estavam presentes as expectativas de mudança na direção de uma nova agenda neoliberal. O texto constitucional refletiu a disputa hegemônica da época, contemplando avanços em alguns aspectos, com destaque para a seguridade social, porém manteve fortes traços conservadores.

Segundo Mota (2011, p.55), a crise dos anos 1980 “se qualifica como uma crise do capital, cuja principal determinação é econômica”, porém, pode-se dizer que a crise brasileira é produto do modelo de desenvolvimento adotado no país e pelas relações sociais nele vigentes e não reflexo direto da crise internacional.

Os anos que se seguem são marcados pela contra reforma conservadora, caracterizada pela ampliação do escopo e da importância das ações clientelistas e assistenciais pelo Estado, pelo esvaziamento das estratégias reformistas gerando descontinuidades, pelo desmonte orçamentário no campo social e pela oposição sistemática do executivo ao processamento constitucional da agenda reformista (FAGNANI, 1997). Assim, na trajetória da proteção social nesse período é possível captar dois movimentos estruturais opostos: um voltado para a estruturação de políticas voltadas para o Estado de bem estar e, outro, ocorrido entre 1990 e 2002, no sentido contrário (FAGNANI, 2011).

Nos anos seguintes, portanto, foi possível observar as tensões entre as conquistas constitucionais e a contrarreforma neoliberal, e que as condições políticas e econômicas da década de 1990 implicaram em um giro conservador para o neoliberalismo, dificultando a implementação real dos princípios orientadores democráticos e dos direitos a eles correspondentes (BRAVO, 2000).

Essa era foi marcada pela estratégia governamental da contra reforma conservadora de cunho neoliberal, principalmente no que se

refere às políticas sociais, com o objetivo de criar obstáculos para a efetivação dos novos direitos sociais no campo do social conquistados com a Constituição Federal de 1988. Além disso, também ocorreu um “vigoroso processo de desaparelhamento e fragmentação burocrática da política social” (FAGNANI, 1997, p.225).

A seguridade social foi o principal foco dessa nova investida conservadora. Na área da saúde, a subtração da base orçamentária comprometeu estruturalmente a implementação do SUS, já na área da assistência social, o veto integral ao projeto de regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1990 (aprovada posteriormente em 1993) evidenciou claramente o projeto da contra reforma. Segundo Mota (2011, p.42), as tendências da seguridade social brasileira, a partir da década de 1980 expressam “o movimento de formação de uma cultura política da crise, que é marcada pelo pensamento privatista e pela constituição do cidadão consumidor”.

Na era Fernando Henrique Cardoso (FHC), iniciou-se reformas orientadas para o mercado, onde se reformando o Estado - em especial através das privatizações e da previdência social - e, sobretudo desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social, estaria se abrindo caminhos para o “projeto de modernidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

O centro da reforma foi o ajuste fiscal. Para além dele, se observa, no segundo mandato de FHC (1999-2002), um acentuado reforço da importância de programas focalizados, na lógica neoliberal, defendidos pelas instituições internacionais de fomento (FAGNANI, 2005), como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) e uma reforma na previdência social brasileira acarretando num significativo retrocesso em relação aos direitos conquistados.

A privatização brasileira também foi um marco da era FHC, ou seja, a entrega de parcela significativa do patrimônio público ao capital estrangeiro, o estabelecimento de parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG) para a implementação das políticas sociais e a desresponsabilização do Estado pela política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Decorre daí os vetores estruturantes do neoliberalismo: a privatização, a focalização/seletividade e a descentralização¹⁴ (DRAIBE, 1993).

¹⁴ Descentralização concebida como uma forma de ampliar a eficiência e a eficácia do gasto público; focalização como forma de redirecionamento do gasto social a programas e a públicos-alvo específicos, seletivamente escolhidos em decorrência de sua maior necessidade e urgência; e privatização entendida como

Com o governo Lula, inicialmente, houve um período de ambiguidade entre a mudança e a continuidade das reformas já implementadas, porém, a partir de 2006 as tensões diminuíram e a agenda do Estado mínimo perdeu força, abrindo espaço para alguns ensaios desenvolvimentistas como uma terceira via alternativa aos modelos em vigência no país (FAGNANI, 2011).

O novo desenvolvimentismo, como foi denominado, tem suas bases de fundamentação no chamado nacional-desenvolvimentismo que orientou a economia dos países subdesenvolvidos – entre eles o Brasil – no período de 1940 até metade da década de 1970, aproximadamente. O nacional desenvolvimentismo caracterizava-se por ser uma “ideologia econômica que sustentava um projeto de industrialização integral, com participação do Estado como forma de superar o atraso e a pobreza dos países subdesenvolvidos” (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012, p.156).

Os defensores do neodesenvolvimentismo sustentam que os preceitos neoliberais privatizantes de desregulamentação do trabalho, enxugamento do Estado não conseguiriam resolver questões centrais que afetam a humanidade. E, defendem que algumas políticas e ações são fundamentais para repor mecanismos de distribuição de recursos de modo a enfrentar a questão da desigualdade com foco na oportunidade (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012).

O que se tem percebido, porém, é que apesar das características gerais desse processo assumirem a premissa de que “capital e trabalho não são incompatíveis e que o Estado condensaria os interesses da acumulação e, ao mesmo tempo, mediará os conflitos distributivos, atendendo as demandas das classes subalternas” (MOTA; AMARAL; PERUZZO, 2012, p.167-168), são iniciativas que não interferem na origem das desigualdades. As múltiplas expressões da questão social, sob a ótica do capital, tornam-se objeto de ações filantrópicas e geram políticas compensatórias e focalizadas – em especial de enfrentamento a pobreza – que acompanham a mais ampla privatização da política social pública e cuja implementação é referenciada para organismos privados da sociedade civil, ou seja, o terceiro setor e, de modo geral, são apoiadas pelas classes dominantes (IAMAMOTO, 2009b).

Diante da magnitude dos problemas sociais identificados, o governo Lula, assim como os anteriores, prestigiou a parceria do

o deslocamento da produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo, como forma de aliviar a crise fiscal ou para o setor privado não lucrativo (DRAIBE, 1993).

mercado e do terceiro setor no enfrentamento desses problemas (PEREIRA, 2004).

Assim, a tendência geral foi de restrição e redução de direitos, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, direcionadas aos efeitos mais perversos da crise (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). E, por sua restrita cobertura ou pela diferenciação de padrões de acesso e inclusão, acabam sendo geradoras de desigualdades no alcance dos direitos de cidadania.

No governo que se seguiu, de Dilma Rousseff (2011-2016), foi possível observar elementos de continuidade em relação às ações pontuais e compensatórias que já vinham sendo implementadas nos dois governos anteriores. Embora seja possível notar algumas iniciativas voltadas para a garantia dos direitos, como a estruturação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a relativa valorização do salário mínimo, avanços em relação a algumas políticas e direitos trabalhistas, entre outros (CFESS, 2015), a opção pelo governismo expresso nas alianças que foram estabelecidas, principalmente a partir de 2014, atacou diretamente direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Se o campo neodesenvolvimentista foi intensificado entre os anos de 2006 e 2012, a partir de 2011, com o prolongamento da crise do capitalismo internacional e também em decorrência de medidas políticas internas do governo Dilma, o crescimento econômico brasileiro entrou em declínio (BOITO, 2016). A partir de 2013, o capital internacional e uma fração da burguesia a ele integrada iniciaram “uma ofensiva política contra o governo Dilma” (BOITO, 2016, p.37) desencadeando um movimento que chegou às ruas em junho de 2013, onde os próprios beneficiários da política neodesenvolvimentista começaram a retirar seu apoio a ela.

Com os resultados das eleições de 2014, que reelegeu a presidente Dilma Rousseff e o posterior abandono, por parte do governo, de suas promessas de campanha, adotando medidas que asseguravam ainda mais a defesa dos interesses do capital e das elites, o governo perdeu ainda mais aliados, culminando, em março de 2015, num novo movimento nas ruas pedindo pelo impeachment da presidente. Em outubro de 2015, foi oficialmente aberto o processo de impeachment, “alegando crime de responsabilidade com respeito à lei orçamentaria e à lei de improbidade administrativa” (JINKINGS, 2016, p.15), a afastando do cargo por 180 dias. Após esse período, o impeachment foi aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado

Federal, culminando no afastamento definitivo da presidente em 30 de agosto de 2016.

O governo que assumiu a presidência, tanto no período do afastamento de Dilma Rousseff quando após o impeachment, tem em sua presidência Michel Temer. Desde seu mandato interino, o governo já avançou na aplicação de mudanças na forma de governar até então colocada, apresentando uma série de retrocessos aos direitos sociais, como a entrega do patrimônio público para a iniciativa privada, a retirada de direitos trabalhistas, cortes das políticas sociais, entre outros.

Dentre as medidas anunciadas pelo atual governo está o encaminhamento da reforma da Previdência Social ao Congresso Nacional, instituindo uma idade mínima para a aposentadoria e a aprovação da Emenda Constitucional (EMC) nº 95 em 15 de dezembro de 2016 que instituiu um teto para o gasto da União.

A EMC nº 95/2016 institui um novo regime fiscal no âmbito da União ao estabelecer um limite para as despesas primárias, ou seja, para o conjunto de gastos que possibilita a oferta de serviços públicos à sociedade, como saúde, educação, assistência social, entre outros, para os próximos 20 anos (PAIVA et al, 2016). Em outras palavras, para o período que compreende os anos entre 2017 e 2036, o crescimento anual dos gastos não poderá ultrapassar a inflação do ano anterior, congelando o gasto público em termos reais,

retirando a decisão de gasto da esfera da política ao estabelecer um indexador econômico fixo, que não possui qualquer relação com capacidade de arrecadação (receita) ou com as demandas por bens e serviços públicos (despesa), que são as variáveis centrais da função alocativa de qualquer governo. Trata-se de uma invenção, sem experiência internacional ou respaldo teórico algum, cujo objetivo único é criar um ‘ambiente ideal para negócios financeiros’ (VAZQUEZ, 2016, p.1).

Ao congelar o gasto federal, portanto, a EMC 95/2016 desestrutura o financiamento da política social brasileira ao eliminar a vinculação de receitas destinadas à educação e ao orçamento da seguridade social, ou seja, saúde, previdência social e assistência social (VAZQUEZ, 2016).

Atualmente, encontra-se em vigência um mecanismo chamado Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite que 20% do orçamento da seguridade social pode ser utilizado para fazer frente a

outras despesas não sociais. O governo de Michel Temer propôs a prorrogação da DRU e a ampliação para 30% a parcela do orçamento da seguridade social que pode ser utilizado para fazer frente a outras despesas não sociais. Porém, com a aprovação da EMC 95/2016, a DRU torna-se dispensável, visto que a EMC já desvincula todos os recursos cativos para a seguridade social e para a educação (VAZQUEZ, 2016).

As justificativas da EMC 95/2016 apontavam que a raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento da despesa pública primária e que isso implica diretamente no crescimento da dívida pública federal, sendo necessário estabilizá-la para conter o avanço dessa dívida (PAIVA, 2016).

Vivemos em um tempo de crise, com uma perspectiva de redução ainda maior das possibilidades de atuação do Estado na área social. Isso representa um duro golpe para a Proteção Social no Brasil, que ainda encontra-se em consolidação, principalmente para a área da saúde e assistência social – foco desse trabalho -, como será apresentado a seguir. E esse quadro atual provoca significativos rebatimentos para a atuação profissional do assistente social inserida nesse espaço sócio-ocupacional. São tempos de crise, mas também são tempos de luta pela garantia dos direitos sociais e pelo não retrocesso das políticas sociais, cabendo, também, ao assistente social, auxiliar na busca pelo enfrentamento dessa realidade e a construção de uma nova ordem societária.

2.2.1 A política de saúde

No último século, o sistema de saúde pública brasileira passou por diversas fases, desde o sanitarismo campanhista até chegar, nos anos 1980, ao projeto neoliberal, existente até os dias atuais (MENDES et al, 1995).

Até meados da década de 1960, a economia brasileira esteve voltada para um modelo agroexportador fortemente assentado no café. Com isso, o que se exigia do sistema de saúde eram ações de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e controle de endemias e epidemias. Para esse modelo de saúde, hegemônico nesse período, deu-se o nome de sanitarismo campanhista (MENDES et al, 1995).

Com o processo de industrialização que pôs fim ao modelo agroexportador, introduziu-se no país novas formas de assistência à saúde. As ações de saúde pública, inicialmente vinculadas ao Ministério da Justiça, passaram para o Ministério da Educação, onde houve a

inclusão do modelo hospitalar de assistência médica e o surgimento dos Departamentos Estaduais de Saúde, que mais tarde se tornariam as Secretarias Estaduais de Saúde. Juntamente com esse modelo hospitalar, foi adotado um novo modelo de saúde, o modelo médico assistencial privatista (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001), onde quem necessitasse de assistência médica ou recorria aos serviços particulares de profissionais liberais ou ao atendimento das Santas Casas de Misericórdia.

Ainda com o crescimento da industrialização e da migração para os grandes centros urbanos, a atenção médica foi ampliada através da Previdência Social (com as CAPs e os IAPs), porém o modelo de saúde médico assistencial privatista continuou hegemônico. Somente no ano de 1953, com a criação do MS, as ações e serviços de saúde pública foram transferidos para este novo órgão.

Com a ditadura militar, a partir de 1964, os IAPs foram concentrados em um único órgão: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta mudança possibilitou que todos os benefícios fossem uniformizados, evidenciando-se o caráter discriminatório da política de saúde no Brasil até o momento.

A partir de 1978, no âmbito internacional, surgiu a proposta de priorização da atenção e dos serviços primários de saúde. Já no Brasil, esta proposta veio afirmar a necessidade de ampliar o atendimento médico à população excluída, que até então era atendida somente em caráter de urgência e emergência. Houve, assim, uma ampliação da rede ambulatorial pública apoiada, principalmente, pelo Movimento Sanitário, que estava iniciando no Brasil.

É a partir da década de 1980 que a saúde deixou de ser apenas interesse dos técnicos e assumiu uma dimensão política. A luta para que a saúde fosse garantida mediante um direito social universal tem sua expressão máxima nessa década com o Movimento da Reforma Sanitária, que surge como um modelo contra hegemônico de saúde, cujo principal objetivo foi encerrar o período de ditadura e ampliar a participação popular através de uma gestão democrática e participativa.

Nesse período, de intensa movimentação política e social em prol da reabertura democrática, a relação entre o Estado e a sociedade civil se modificou. O Estado passou a reconhecer os movimentos como “interlocutores coletivos” (CORREIA, 2005, p.61) e estes, por meio de políticas sociais, admitiram negociar com o Estado. Nessa perspectiva, o Movimento Sanitário passou a formular alternativas para a política de saúde brasileira (CORREIA, 2005), que teve como marco de luta a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A Reforma

Sanitária Brasileira tinha como principais ideais a mudança no conceito de saúde entendendo-a de forma ampliada, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a partir da transição de uma cidadania regulada para uma cidadania plena e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização dos serviços com mando único em cada instância federativa e a participação popular e o controle social por parte da sociedade civil (MENDES et al, 1995; BRAVO; MATOS, 2006).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada um marco no processo de reordenamento do modelo de atenção à saúde uma vez que consolidou o projeto de Reforma Sanitária, ampliando o conceito de saúde e instituindo o SUS. A saúde tornou-se direito de cidadania e dever do Estado, cabendo a este garantir condições dignas de vida, acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os habitantes do território nacional, em todas as faixas etárias (CZERESNIA, 2003). Em seu sentido mais abrangente, a saúde passou a ser resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Esta Conferência também foi considerada um dos eventos político-sanitários mais importantes do país (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001), visto que contou com a presença de milhares de delegados representando os diversos segmentos da sociedade civil – usuários, trabalhadores de saúde, partidos políticos, movimentos sociais, ONGs, universidades e os diferentes níveis de governo.

Logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, as proposições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira passaram a disputar hegemonia na Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, onde a construção do texto constitucional de 1988 expressou o resultado da correlação de forças entre diferentes atores sociais no interior do Congresso Nacional. Mesmo refletindo essa correlação de forças a Constituição Federal de 1988 inaugura a concepção de direito que tem a satisfação das necessidades de saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. O direito à saúde independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. Essa incorporação na carta constitucional permite a continuidade da luta entre projetos de saúde distintos: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto neoliberal.

Esta disputa se expressou desde o momento em que o projeto do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) foi criado, incorporando os princípios da Reforma Sanitária e preparando a transição para o SUS, no entanto, sem conseguir superar o valor político do setor privado contratado, a forte aliança com o subsistema de alta tecnologia, o clientelismo e o corporativismo das relações entre Estado e sociedade, reforçando os mecanismos de universalização excludente (MENDES et al, 1995).

Somente com a promulgação da Constituição Federal em 1988, conseguiu-se materializar um novo modelo de proteção social através da seguridade social, que passa a ser constituída pela saúde, previdência social e assistência social. Este novo modelo de proteção entende a seguridade social como dividida em dois eixos, um contributivo – previdência social – e outro distributivo – saúde e assistência social (PEREIRA, 2002b). A partir dessa diferença, pode-se afirmar que a saúde e a assistência social inovaram o sistema de proteção social brasileiro, proporcionando, pelo menos no texto constitucional, o acesso universal, incondicional, igualitário e sem contrapartida aos bens e serviços disponíveis (PEREIRA, 2002b).

Especificamente em relação à normatização do direito à saúde, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, aponta-a como sendo “um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s/p). No ano de 1990, o SUS foi regulamentado com a criação de duas leis complementares à Constituição, a Lei nº 8.080 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde) e a Lei nº 8.142 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros na área da saúde).

De maneira geral, pode-se dizer que a política de saúde constitui, dentro do aparelho estatal brasileiro de seguridade social, uma primeira experiência em escala que consegue romper a tradição corporativa e ingressar numa linha de reconhecimento do direito de cidadania. E para que esse direito possa ser acessado universalmente, o SUS é operacionalizado com base nos princípios da regionalização e da hierarquização onde os serviços de saúde são dispostos numa área geográfica delimitada, com definição da população a ser atendida e organizados em níveis de complexidade tecnológica: APS, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade.

A APS, que será mais detalhada na próxima seção, compreende ações individuais e coletivas direcionadas à população com vistas à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Nesse nível, destacam-se as USB como porta de entrada principal para o SUS. A atenção de média complexidade compreende as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares com o objetivo de atender às demandas de saúde da população que necessita da disponibilidade de profissionais especializados. Já a atenção de alta complexidade corresponde às redes integradas de assistência de alta complexidade e serviços que precisam de acompanhamento dos usuários hospitalizados e um nível maior de tecnologia.

Este cenário de importante conquista legal no campo da saúde, porém, é ameaçado pelo avanço ideológico, na gestão administrativa do Estado, do ideário neoliberal. A reforma do Estado, implementada nos anos 1990, influenciada pelo diagnóstico realizado pelos organismos internacionais de financiamento, como por exemplo, o BM, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o FMI, que apontava falhas da política da saúde, se coloca como um elemento a mais na discussão sobre a política de saúde brasileira e sobre a implantação do SUS (CORREIA, 2007). Há, de modo geral, uma centralidade de investimento nas ações de média e alta complexidade.

A questão do financiamento e da gestão do SUS são itens que influenciam diretamente na garantia do direito à saúde e merecem especial destaque. Diversas iniciativas já foram implementadas visando racionalizar o uso de recursos e melhorar o desempenho do SUS, porém, por mais que se melhore a eficiência do SUS, ainda existe um déficit na oferta de serviços em diversas regiões do país. Da mesma forma, melhorar a gestão pressupõe o investimento em recursos humanos, na modernização de processos de trabalho e, para isso, é necessário dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Em outras palavras, gestão e financiamento devem caminhar juntos para garantir o direito à saúde. Nesse sentido, é importante retomar a discussão acerca da EMC 95/2016, especificamente sobre os impactos do novo regime fiscal na área da saúde.

O financiamento na área da saúde vem sendo discutido desde a Constituição Federal de 1988, onde recebeu tratamento diferenciado das outras políticas sociais, visando ser protegido, não ficando sujeito “às discricionariedades dos diferentes governos” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.4).

No ano 2000, com a aprovação da EMC nº 29, foi garantida a estabilidade do financiamento da saúde e o estabelecimento de uma

aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Assim, para a União, ficou definido que a aplicação em saúde, para o ano 2000, seria no mínimo o montante empenhado em 1999, corrigido em 5%. Para os anos subsequentes, até 2004, o valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Essa regra foi mantida pela Lei Complementar nº 141 de 2012. Para os Estados, deveriam ser investidos na saúde pelo menos 12% da arrecadação

do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios. Já os municípios deveriam aplicar em ASPs [Ações e Serviços Públicos de Saúde] pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto [sobre a] Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União e estados aos municípios (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.6).

No ano de 2015, houve uma mudança no método de cálculo do valor mínimo destinado às ações e serviços públicos de saúde para a União. Por meio da EMC nº 86 de 2015, foi vinculado a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), garantindo 13,2% da receita em 2016; 13,7% em 2017; 14,2% em 2018; 14,7% em 2019 e 15% em 2020, sendo essa a regra válida atualmente (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Com a EMC 95, aprovada em 15 de dezembro de 2016 está prevista a alteração nessas regras, revertendo uma história de crescimento real do gasto público nessa área e afetando compromissos já assumidos no que se refere à abrangência, princípios, cobertura e qualidade da política social.

A EMC 95/2016 revoga o escalonamento previsto na EMC 86/2015, fixando, a partir de 2017, um patamar mínimo de aplicação em

saúde de 13,2% ou 15%¹⁵ da RCL de 2016 com correção monetária pela inflação a cada ano. A EMC 95/2016 também desconsidera algumas questões, como: 1) que o gasto federal com ações e serviços públicos de saúde está estável em relação ao PIB; 2) que a participação das despesas com ações e serviços públicos de saúde nas despesas primárias caiu entre 2002 e 2015; 3) que, atualmente, o gasto público com saúde é muito baixo se comparado com outros países; 4) que o congelamento parte de um patamar baixo, e que com a queda da arrecadação a previsão é de uma perda inestimável de recursos para a saúde; 5) que Estados e municípios não terão como absorver a redução no financiamento federal, implicando no fechamento e precarização dos serviços já existentes; 6) que a população idosa no Brasil crescerá consideravelmente nos próximos anos e que a necessidade de financiamento dos serviços aumentará; 7) que gastos com saúde tem efeito multiplicador no PIB, ou seja, o aumento nos gastos de saúde implica no aumento do PIB brasileiro; e por fim, que a redução do gasto per capita com saúde em um contexto de recessão econômica pode ter impacto muito negativo para a saúde da população e também para a economia do país (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Isso tudo, geraria impactos como: 1) a desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde da receita corrente líquida; 2) a perda de recursos em relação às regras vigentes anteriormente (perda acumulada no período entre 2017 a 2036 de, pelo menos R\$400 bilhões); 3) a redução do gasto público per capita com saúde; 4) a desobrigação dos governos alocarem mais recursos em saúde em contextos de crescimento econômico; 5) provável aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde e; 6) dificuldades para a efetivação do direito à saúde no Brasil (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Em relação ao aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde, é importante mencionar que isso afetaria, possivelmente, os serviços de prevenção e promoção da saúde – geralmente concentrados na APS – e também gerariam maior judicialização da saúde. Sem falar que está sendo prevista, como solução para diminuir a demanda do SUS, a oferta de planos privados de saúde a “preços populares”, ou seja, com baixa cobertura assistencial e possivelmente baixa qualidade dos atendimentos. Isso, porém, não

¹⁵ A porcentagem do valor para investimento em saúde pode ser 13,2% ou 15% conforme a interpretação que se dá para a EMC 95/2016. Para saber mais sobre o assunto, ver Vieira e Benevides (2016).

resolveria a questão o acesso integral a bens e serviços de saúde, visto que o SUS continuaria a ser demandado para serviços mais onerosos, principalmente de média e alta complexidade.

Além disso, a proposta dos planos de saúde indica que os cidadãos com maiores condições econômicas receberiam um número maior de serviços de saúde do que quem contribuísse menos, contrariando o princípio da universalidade do SUS (PAIVA; COSTA, 2016). Para os defensores dessa proposta, essa medida seria necessária para não deixar desamparadas as populações de baixa renda, visto à incapacidade do Estado de garantir o acesso universal a saúde para todos os cidadãos, porém, o que se percebe, é que para essa população, somente seriam ofertados serviços de baixa complexidade. Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2014, p.7), “os pobres deixariam de ter tratamentos caros para doenças como câncer, transplantes e outras, que só seriam oferecidas pelo setor privado aos ricos”.

No Brasil, a implementação de planos privados de saúde além de caminhar no sentido de privatização da saúde ainda oficializaria o fato de que o Estado vem atuando muito mais como complementar ao mercado do que vice versa. Segundo Paiva e Costa (2016), os ataques ao SUS se traduzem em privatizações disfarçadas de novos modelos de gestão, denominadas Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), Fundações de Direito Privado e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Muitos serviços de saúde nacionais, estaduais e, mais recentemente municipais já foram entregues à administração do setor privado, gerando maior precarização dos serviços ofertados.

Concomitante a isso, a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que autoriza a atuação do capital estrangeiro na prestação de serviços de saúde no país também contraria a Constituição Federal de 1988 e coloca em xeque as lutas e as conquistas do Movimento de Reforma Sanitária (PAIVA; COSTA, 2016).

A aprovação de todas essas propostas advindas do projeto privatista, como a Lei nº 13.097/2015, a EMC 95/2016, a implementação de planos populares privados de saúde, entre outras que vem se apresentando, implicará negativamente na garantia do direito à saúde no Brasil, além de reforçar o fato de que as medidas adotadas para a superação da crise do capital estão caminhando em sentido oposto à efetivação da garantia legal do direito universal à saúde (PAIVA; COSTA, 2016). Ainda, inviabiliza o SUS de tornar-se de fato um sistema de saúde público, universal e parte da seguridade social brasileira, adensando a lógica da saúde como mercadoria. Cabe,

portanto, a todos lutar para que os direitos conquistados na década de 1980 não sejam retrocedidos, não só na área da saúde como no âmbito das outras políticas públicas.

2.2.2 A política de assistência social

A política de assistência social no Brasil, durante muito tempo, foi apoiada pela matriz do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando, configurando um padrão arcaico de relações. Associada a isso, e por seu caráter filantrópico, geralmente privado e confessional, a assistência social se caracterizou historicamente como não política, sendo renegada como secundária e marginal do contexto das políticas sociais (COUTO, et al, 2014).

O padrão de desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro, assim como dos países latino americanos, ocorreu de forma diversa do que nos países europeus, caracterizando-se pelo acesso a bens e serviços sociais de forma desigual, heterogênea e fragmentado (YAZBEK, 2012). A experiência colonial e a escravidão, que persistiram no país por um longo período de tempo, colocaram para os trabalhadores a responsabilidade pela sua subsistência. E até o século XIX obras sociais e filantrópicas, ações de ordem religiosa e redes de solidariedade ganharam corpo.

Em São Paulo, por volta dos anos 1560, surgiram instituições de atendimento à pobreza que se expandiram nos séculos seguintes através de ações sociais de diversas instituições religiosas. Essas práticas caracterizavam um modelo de assistência que recolhia dos ricos e distribuía aos pobres, mesclando ações de assistência e repressão e caracterizaram a esmola como a “primeira modalidade de assistência social aos pobres no Brasil colonial, seguida da criação de instituições asilares e tutelares” (YAZBEK, 2012, p.295). A criação das Santas Casas, que inicialmente atuavam com serviços ambulatoriais e hospitalares, gradativamente ampliaram os serviços de assistência, principalmente asilares, à população com hanseníase, doentes, inválidos, crianças órfãs, entre outros.

Esse modelo sofre alteração com a expansão da econômica através da exportação do café e, no início do século XX, a pobreza passa a ser vista como incapacidade pessoal e objeto da benemerência e da filantropia. É somente nos anos de 1930, com as diversas mobilizações da classe trabalhadora, que alguns direitos passam a ser conquistados, como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e o salário mínimo. Cabe destacar que, ao mesmo tempo em que houve conquistas, o Estado

brasileiro também transformou a questão social em problema de administração desenvolvendo políticas e ações como forma de desmobilizar a classe trabalhadora e controlá-la (YAZBEK, 2008) e optou pela via do seguro social como forma de desenvolver acordos de interesse do capital e dos trabalhadores.

Com o processo de industrialização, as políticas sociais passam a se desenvolver de forma crescente, porém dividido, de um lado ações voltados para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal e, de outro, à população pobre, sem carteira de trabalho assinada ou desempregada. Dessa forma, o Estado não somente incentiva a benemerência, mas passa a ser responsável por ela, na medida em que, no ano de 1938 é criado o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) (YAZBEK, 2012).

Em 1942, com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), o governo Vargas atrela o social ao primeiro damismo (MESTRINER, 2001). Inicialmente voltada para atender as famílias dos expedicionários brasileiros, com o tempo a LBA se volta para a assistência à maternidade e à infância, iniciando a política de convênios e caracterizando-se por ações paternalistas e de prestação de auxílios emergenciais e paliativos, contribuindo significativamente para a relação entre assistência social e a filantropia e a benemerência (YAZBEK, 2008).

Com a queda de Vargas, a retomada do Estado de direito e a promulgação da Constituinte de 1946, o novo governo se aproxima um pouco mais da questão social criando instituições como o Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Social da Indústria (SESI) e amplia os já existentes LBA e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). E com a criação das escolas de Serviço Social nos anos 1936, difunde-se a necessidade de introdução desses profissionais nas instituições e de qualificação do voluntariado (MESTRINER, 2001).

O início da década de 1960, com o golpe militar e a instalação do Estado autoritário, abriu o país ao capital monopolista, acirrando as contradições do capitalismo periférico, culminando na expansão e na modernização do sistema de proteção social brasileira. Nesse período, houve a ampliação do INPS, a criação, em 1974, da Renda Mensal Vitalícia (RMV), a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que incorporou a LBA e a Fundação Nacional e Bem Estar do Menor (FUNABEM) e a ampliação de alguns direitos trabalhistas (YAZBEK, 2012).

A partir da década de 1970 observa-se um avanço organizativo da sociedade civil, trazendo, nos anos 1980, a pobreza para o centro do debate da agenda social do país. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da LOAS em 1993, a assistência social passou a integrar um novo campo: o campo da seguridade social e da Proteção Social Pública. Porém, apesar da relevância de integrar a seguridade social brasileira, a Constituição Federal de 1988 trouxe marcos regulatórios excessivamente genéricos para orientar a implementação da política de assistência social. Ao mesmo tempo, as questões que alcançaram maior precisão no texto constitucional, resultaram em regulamentações ultraminimalistas e restritivas, como foi o caso do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que delimitou a renda per capita para acesso ao benefício em $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e idade mínima de 70 anos (BRASIL, 2008).

Em relação à LOAS, pode-se afirmar que ela inovou ao apresentar um novo desenho para a assistência social, “ao afirmar seu caráter de direito não contributivo, ao apontar para a necessária integração entre o econômico e o social, a centralidade do Estado na universalização e garantia de direitos e de acessos a serviços sociais com a participação da população” (COUTO, et al, 2014, p.57). A LOAS contribuiu para a redução da idade mínima para acesso ao BPC, sendo atualmente 65 anos. Também inovou ao inserir o controle social na política de assistência social, ou seja, da sociedade controlar a formulação, gestão e execução das políticas assistenciais e poder indicar caminhos para a instituição de novos parâmetros de negociação de interesses e direitos de seus usuários, contribuindo significativamente para o exercício da cidadania e da democracia.

Destaca-se, porém, que, mesmo após essas significativas mudanças e inovações, a política de assistência social não foi implementada conforme preconizava a legislação, principalmente no que se refere ao financiamento, regulamentação e controle social. Isso aconteceu, pois ao mesmo tempo em que ocorreram avanços constitucionais também ocorreu uma investida neoliberal, fato que colocou em andamento processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo social (COUTO, et al, 2014).

Com a entrada de FHC em 1995 e a busca pela estabilização da economia, são observados resultados pouco favoráveis para a proteção social na esfera pública estatal, culminando em desacertos e tensões entre a adequação ao ambiente neoliberal e as reformas sociais exigidas constitucionalmente. Nesse período, a assistência social será legitimada

como estratégia de enfrentamento à pobreza, conduzindo para a criação, nos anos que se seguiram do Comunidade Solidária. O referido programa trazia como prioridades: a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento da educação infantil e do ensino fundamental, a geração de ocupação e renda, a qualificação profissional, a melhoria das condições e alimentação dos escolares e das famílias pobres, a melhoria das condições de moradia e saneamento e o fortalecimento da agricultura familiar. Contava com uma rede de parcerias organizada de forma descentralizada e com base na solidariedade, firmando acordos entre Estado e sociedade (DRAIBE, 2003). É importante mencionar que as ações do Comunidade Solidária estavam voltadas aos segmentos sociais mais carentes e eram desenvolvidas ações focalizadas, com base em critérios territoriais e de renda. O incentivo ao voluntariado, assim como a transferência de parte da responsabilidade do Estado pelas políticas sociais para a sociedade civil, constituía-se em críticas ao programa.

Em outras palavras, a ofensiva neoliberal tem promovido o desmantelamento da concepção de seguridade social proposta pela Constituição Federal de 1988 e a adoção de medidas econômicas e do ajuste fiscal que implicam no campo da política social, passando a enfrentar um crescimento no índice de desemprego, pobreza e indigência. Nessa direção, pode-se dizer que a assistência social, regida sob a ótica neoliberal, tende a se configurar como política curativa, paliativa e seletiva, voltada para segmentos sociais mais vulneráveis ou em situação de risco social (RODRIGUES, 2011).

Apesar de sua prioridade ser o ajuste fiscal e a estabilidade econômica, a partir de 2001, o governo FHC passa a criar, por meio de um contrato com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, uma rede de proteção social. Essa rede criou um conjunto de ações setoriais e seletivas que conjugavam serviços sociais e transferências monetárias, com destaque para a expansão do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), criado em 1996, para o Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à educação, onde foram criados benefícios de transferência de renda como o Bolsa Escola, o Programa Bolsa Alimentação, o Agente Jovem e, em 2002, o Auxílio Gás (YAZBEK, 2012).

Esse conjunto de programas federais permitiu o crescimento da relevância das propostas de transferências monetárias no âmbito da política social. No governo Lula, uma das ações nesse sentido, foi a criação do Programa Fome Zero, cujo Cartão Alimentação fazia parte. No ano de 2003, porém, foi criado o Programa Bolsa Família, visando

unificar e articular o sistema protetivo do país. O Programa Bolsa família unificou os programas federais de transferência de renda existentes (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, PETI, Agente Jovem e Cartão Alimentação) visando “combater a fome, a pobreza e as desigualdades por meio da transferência de um benefício financeiro associado à garantia do acesso aos direitos sociais básicos” e promover a inclusão social (YAZBEK, 2012, p.307).

Em termos de resultados, o Programa Bolsa Família contribuiu para a retirada de milhões de famílias da linha da extrema pobreza no país, porém, apesar dos avanços, o número de pessoas em situação de pobreza no país ainda é elevado, assim como a taxa de desigualdade, que é uma das mais altas do mundo. O que se tem observado é que os programas de transferência de renda focalizados na pobreza e na extrema pobreza revelam mudanças nas políticas sociais contemporâneas, substituindo políticas e programas universais por programas focalizados.

Dessa forma, a assistência social tem sido a política mais propensa a arcar com o ônus do desmonte contemporâneo dos direitos sociais. É ela, por conseguinte, a política na qual se observam os retrocessos mais dramáticos das conquistas sociais previstas na Constituição Federal brasileira vigente; e a mais instada a se submeter às regras do *workfare* imperante desde meados dos anos 1970 (PEREIRA, 2014). Segundo Couto (2015), isso significa dizer que houve um abandono do debate da universalização no campo da assistência e proteção social, assumindo a focalização o papel fundamental. Da mesma forma, o financiamento da política tem sido aplicado com o entendimento de que a política de assistência social tem apenas

um papel residual, compensatório e dirigido somente a uma parcela da população incapaz de se sustentar por si própria. Reatualiza-se nessa perspectiva o entendimento da política como resposta a incapacidades individuais que devem ser parametradas, com imposição de metas que demonstrem o ‘envolvimento’ positivo tanto dos sujeitos que buscam atendimento na política de assistência social como dos trabalhadores que executam o trabalho [...]. Além disso, ao reconhecer o pouco investimento feito nesse campo, busca focalizar precisamente naqueles enquadrados mais necessitados, na justificativa da qualidade do gasto público, abrindo mão do debate tão caro à proteção social que é a

constituição do direito social universal (COUTO, 2015, p.673-674).

Em outras palavras, impera, em relação à política de assistência social, um preconceito em relação à “dependência” que o benefício assistencial cria no cidadão que a ele precisa recorrer, levando à associação de que esse cidadão não está empenhado na busca de sua inserção no mercado de trabalho e que ele deve “pagar” com trabalho pelo benefício recebido, recaindo ainda sobre ele a culpa pela sua precária situação (COUTO, 2015) e retomando a ideia do *workfare*. É na contramão das transformações que ocorrem na ordem econômica, que se situa o início do difícil processo de construção da seguridade social (COUTO, et al, 2014).

Todo esse contexto e entendimento acerca da política de assistência social contribuíram para que demorasse cinco anos, após a regulamentação da LOAS, para ser aprovada a primeira Política Nacional de Assistência Social (no ano de 1998) e que essa política fosse insuficiente e confrontada pelo paralelismo de outros programas focalizados e pontuais, como o Programa Comunidade Solidária, por exemplo, que reforçava o campo do solidarismo voluntário, dissociando a política de assistência social da ótica da cidadania e dos direitos sociais, em clara oposição aos dispositivos definidos pela Constituição Federal de 1988 e pela LOAS (BRASIL, 2008).

Somente em 2004, com a publicação da PNAS observaram-se mudanças profundas nas referências conceituais, na estrutura organizativa e na lógica de gestão e controle das ações na área da assistência social, ou seja, a partir da PNAS de 2004, buscou-se a materialização dos direitos estabelecidos pela LOAS e dos princípios enunciados pela Constituição Federal de 1988. A assistência social passou a ser entendida como política social inserida no Sistema de Proteção Social brasileiro, no campo da seguridade social.

A PNAS de 2004 trouxe também mudanças na forma de financiamento, rompendo com a lógica convencional e instalando o cofinanciamento e repasses fundo a fundo; na estruturação de um sistema de monitoramento, avaliação e informação da política de assistência social que envolve gestores das três esferas governamentais; na reorganização da política de recursos humanos e gestão do trabalho no SUAS.

É a partir desta Política que se inicia a construção e normatização do SUAS, aprovado em julho de 2005, através da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), pelo Conselho Nacional de Assistência

Social (CNAS) em todo o território nacional. Segundo a NOB/SUAS de 2005, o SUAS constitui-se em um sistema integrado, descentralizado e participativo, compreendendo os serviços socioassistenciais de órgãos públicos e entidades não governamentais, tendo a família como foco de atenção e o território como base para sua organização (MORGADO, 2011). Além de normatizar o SUAS, a NOB/SUAS 2005 também objetivou descrever um regime geral próprio de gestão e avançou na integração entre as diversas esferas de governo ampliando a organicidade do desenho e dos arranjos institucionais para a prestação de serviços e seu financiamento (BRASIL, 2015).

No ano de 2012, outra NOB/SUAS foi criada com o objetivo de reforçar as dimensões do planejamento e da pactuação de metas e resultados. O documento reforçou princípios como a universalidade no direito a proteção socioassistencial, a dignidade da pessoa como cidadão de direitos, a equidade, voltada para o respeito das diversidades regionais, culturais, econômicas, sociais, políticas e territoriais. Além disso, trouxe princípios como a integralidade da proteção social, sendo a proteção socioassistencial materializada e garantida pela oferta das provisões em sua completude, por meio de um conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios. Com a NOB/SUAS 2012, a intersectorialidade também se fez presente como princípio da política de assistência social, incentivando assim a busca de integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais (QUINONERO et al, 2013). Também flexibilizou a utilização de recursos federais repassados em forma de pisos, ofertando maior autonomia aos municípios. Reforçou a necessidade do financiamento partilhado entre os entes da federação e efetuados por meio de transferências entre os fundos da assistência social, geridos por cada órgão gestor da política de assistência social. Os níveis de gestão passaram a ser definidos com base no Índice de Desenvolvimento do SUAS (ID SUAS), que é composto por um conjunto de indicadores mensurados a partir do Censo SUAS, sistemas da Rede Suas e outros sistemas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, visando refletir o estágio de organização do SUAS em cada âmbito (QUINONERO et al, 2013).

O controle social também está previsto na NOB/SUAS 2012 na medida em que fixou as responsabilidades dos entes federativos, a existência dos conselhos e a necessidade de convocar as Conferências de Assistência Social, com o provisionamento de dotação orçamentárias e correspondente execução financeira para sua realização. Destaca-se, porém, que a NOB/SUAS/2012 estabeleceu a obrigatoriedade da

realização das conferências a cada quatro anos, retroagindo em relação à NOB anterior, que previa sua realização a cada dois anos.

A NOB/SUAS 2012 passou a exigir a organização da vigilância social e trouxe urgência à organização da gestão do trabalho, principalmente à educação dos trabalhadores (BRASIL, 2015). Nesse item, avançou visando imprimir a qualidade das ações socioassistenciais a partir da qualificação e valorização das equipes técnicas.

Em resumo, a NOB/SUAS 2012 completa um ciclo da normatização que, além de qualificar diretrizes organizativas da política, como a inclusão expressa da responsabilidade de cofinanciamento na primazia da responsabilidade do Estado, traz em seu conteúdo princípios éticos, vinculando o exercício profissional às normas, de forma a reafirmar a necessidade e importância da profissionalização da política (QUINONERO et al, 2013).

Tanto a NOB/SUAS quanto a PNAS deixam explícito que a assistência social é um direito de cidadania e responsabilidade do Estado, tendo um modelo de gestão compartilhada que estabelece atribuições e competências para os três níveis de governo no que se refere à provisão de atenções socioassistenciais (BRASIL, 2004).

A PNAS apresenta como objetivo prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias indivíduos e grupos que dela necessitarem; contribuir para a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural e; assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

A partir desses objetivos, a PNAS deu visibilidade para algumas dimensões que representam indicações para possíveis mudanças na lógica da política de assistência social até então presente, quais sejam: a) o desenvolvimento de estratégias de articulação e de gestão que passaram a viabilizar abordagens intersetoriais; b) a ampliação dos usuários da política de assistência social superando a fragmentação contida na abordagem por segmentos (idoso, adolescente, população em situação de rua, etc) e passando a trabalhar com cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e risco; c) a incorporação da abordagem territorial, considerando a cidade e seus territórios como base de organização do sistema de proteção social básica ou especial e; d) a lógica de estruturação da Proteção Social, que passou a ser ofertada pela assistência social e organizada em dois níveis

de atenção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, de média e alta complexidade (COUTO, et al, 2014).

Os serviços de PSB têm como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Devem ser executados diretamente nos CRAS ou de forma indireta pelas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS (BRASIL, 2004). Segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais, compõe a PSB: o PAIF, que será mais detalhado na próxima seção por ser foco desse trabalho, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (BRASIL, 2013).

Já os serviços de Proteção Social Especial voltam-se a indivíduos e grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrente de abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, entre outros. Destinam-se a indivíduos e/ou grupos que tiveram seus direitos violados e/ou já tiveram seus laços familiares e comunitários rompidos.

Os serviços de Proteção Social Especial podem ser de média complexidade ou de alta complexidade. Os Serviços de Proteção Social de Média Complexidade são ofertados para usuários e famílias que tiveram seus direitos violados, porém não tiveram seus vínculos familiares e comunitários rompidos. Entre eles, destacam-se os Serviços de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), o Serviço Especializado em Abordagem Social, o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), o Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2013). Os Serviços de Proteção Especial de Alta Complexidade são ofertados para indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados e que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar. Fazem parte desses serviços, o Serviço de Acolhimento Institucional, nas modalidades de abrigo institucional, casa lar, casa de passagem e residência inclusiva, o serviço de acolhimento em república, o serviço de acolhimento em família acolhedora e o serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências (BRASIL, 2013). Os serviços de alta complexidade oferecem proteção integral ao indivíduo e sua família, ou

seja, moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que, até então, esses serviços eram prestados de forma dispersa, fragmentada e multiforme e com o SUAS foi possível a normatização, organização para romper com a sobreposição de papéis, racionalização e padronização dos serviços prestados, inclusive levando-se em considerações as particularidades regionais e locais (MOTA; MARANHÃO; SITCOVSKI, 2006).

Deste modo, os principais eixos que estruturam o SUAS são: a) Precedência da gestão pública da política; b) Alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários; c) Matricialidade sociofamiliar; d) Territorialização; e) Descentralização político administrativa e reordenamento institucional; f) Financiamento partilhado entre os entes federados; g) Fortalecimento da relação democrática entre Estado e sociedade civil; h) Articulação da rede socioassistencial; i) Valorização da presença do controle social; i) Participação popular/cidadão dos usuários; j) Qualificação de recursos humanos; k) Informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados (BRASIL, 2005).

Segundo Couto (2009), a PNAS e o SUAS alteraram as referências relacionadas à estrutura organizativa e a lógica de gestão e controle das ações na área, implicando na oferta contínua e sistemática de uma rede constituída e integrada, associada em torno da proteção social, básica e especial, que prevê a existência de: 1) Serviços: caracterizados por serem atividades continuadas que visam a melhoria de vida da população, sendo voltadas para atender suas necessidades básicas; 2) Programas: compreendem ações integradas e complementares; 3) Projetos: caracterizados como investimento econômico e social nos grupos populacionais em situação de pobreza; 4) Benefícios: 4.1) BPC: é provido pelo governo federal e consiste no repasse de um salário mínimo mensal ao idoso e à pessoa com deficiência que não conseguirem suprir a sua própria sobrevivência, 4.2) Benefícios Eventuais: visam ao pagamento de auxílio por natalidade, morte ou atender as necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, 4.3) Transferência de Renda: programas que visam ao repasse direto de recursos da assistência social aos beneficiários.

Os Serviços de Proteção Social devem assegurar a redução/eliminação de vulnerabilidades que fragilizam a resistência do cidadão e da família ao processo de exclusão e, para isso, deve prover um conjunto de seguranças: segurança de acolhida, segurança social de

renda, segurança de convívio ou vivência familiar, de desenvolvimento de autonomia e segurança de benefícios materiais ou em pecúnia (SPOSATI, 2001).

Além da Proteção Social, a PNAS definiu também outras funções para a assistência social: a vigilância social, que consiste na localização, conhecimento e monitoramento das formas de vulnerabilidade social da população presente em diferentes territórios, visando prevenir situações de riscos e vulnerabilidade social; e a defesa social e institucional, ou seja, a defesa dos direitos socioassistenciais e de condições de vida digna aos usuários da assistência social. Em outras palavras, os direitos sociais devem estar presentes em todo o processo de implementação de benefícios, serviços, programas e projetos socioassistenciais e para isso, devem existir espaços de defesa social, como ouvidorias, centros de referência, centros de apoio sociojurídicos, conselhos de direitos, entre outros (BRASIL, 2008).

No que se trata dos usuários da assistência social, a LOAS define que são aqueles que dela necessitam. No caso brasileiro, todos os cidadãos que se encontram fora dos canais correntes de proteção pública: trabalho, serviços sociais públicos e redes sociorelacionais. A PNAS ampliou ainda mais o conceito de usuário da assistência social, destacando que são os cidadãos e grupos

que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004, p.33).

Os usuários do SUAS passam a incluir grupos crescentes de desempregados, subempregados e precarizados nos seus vínculos laborais que, embora aptos para o trabalho, são expulsos pelo cada vez mais reduzido e competitivo mercado formal de trabalho (COUTO, et al, 2014).

O redesenho das ações socioassistenciais e a ampliação dos usuários do SUAS são estratégicos para a resolução de alguns dos termos mais caros à concretização do direito à assistência social: a combinação entre os princípios da universalidade e da seletividade, a articulação das dimensões preventivas e protetivas da política pública de assistência social e a potencialização das ações emancipatórias coletivas (PAIVA, 2006).

Tendo como base os princípios, as diretrizes e as inovações trazidas pela PNAS, percebe-se que o SUAS é uma realidade que vem sendo implantada em todo o Brasil, porém ainda existem inúmeras críticas e desafios a serem superados.

A principal crítica é o fato de que o SUAS vem sendo implementado como reprodução do SUS e, por isso, segundo Pereira (2007, p.78), “não teve como referência mestra as particularidades teóricas e políticas da área de assistência social”. Segundo a autora, os termos empregados na saúde são muitas vezes antagônicos quando comparados à assistência social, ou seja, para a saúde, o termo *assistência* não é uma “ação promotora, mas cuidadora ou reparadora; na saúde, o que promove é a *atenção*, e não a *assistência*; e, na saúde, o termo *coletivo* é muito mais consistente e valorizado do que o termo *público* que, na assistência social, é mais do que coletivo: é sinônimo de universalização” (PEREIRA, 2007, p.79). Da mesma forma, os níveis de complexidade de atenção, na área da saúde, foram definidos com base em patologias, fato que para a assistência social não deveria ser considerado, visto que essa política não trabalha, ou não deveria trabalhar, com patologias.

Outra crítica ao SUAS, que segundo a autora, tem incomodado os estudiosos da área, é o fato da utilização do termo vigilância, que, muitas vezes remete ao poder fiscalizatório, poder de polícia; o termo controle social trazido na lógica do controle do Estado sobre a sociedade e o fato da assistência social ter sido qualificada como política de proteção e não de seguridade social. Todas essas questões podem indicar que o campo da assistência social está sendo “cada vez mais enquadrado em padrões, modelos e submodelos de gestão que superestimam a racionalidade técnica” (PEREIRA, 2007, p.81).

Em relação aos desafios, cabe ao SUAS construir uma identidade que se pautar nas suas particularidades como política social de forma a romper com conceitos e teorias que fortalecem a desigualdade social. Outro desafio está relacionado especificamente com a implementação do SUAS pelo Brasil. Prova disso são os dados coletados pelo Censo SUAS, que avalia a implementação do SUAS nos estados e municípios

brasileiros desde 2007, objetivando retratar as estruturas de gestão e de oferta dos serviços do SUAS e subsidiar o planejamento da política, o aperfeiçoamento do sistema, a formação dos trabalhadores e a prestação de contas à sociedade (BRASIL, 2015).

O Censo SUAS realizado em 2014 apresenta a realidade de todos os estados brasileiros e de 5.520 municípios no que se refere à gestão, ao financiamento, aos equipamentos, aos serviços, aos recursos humanos, à inclusão produtiva, à participação social no SUAS e aos benefícios¹⁶ da política de assistência social.

Acerca da gestão e sua estrutura administrativa, o Censo SUAS 2014 identificou que em apenas 7,7% dos estados e em 20,5% dos municípios existia regulamentação do SUAS através de legislações estaduais ou municipais. Além disso, apenas 27% das secretarias estaduais de assistência social e 77,5% dos órgãos gestores municipais são exclusivas para a política de assistência social, sendo a região sul do país a que menos possui secretarias exclusivas para a política de assistência social (BRASIL, 2015). Ainda segundo o Censo SUAS, 30,8% dos estados não possuíam Plano Estadual de Assistência Social aprovado pelo Conselho Estadual de Assistência Social, sendo o Plano uma exigência legal disposta na NOB/SUAS. Na região sul do país, apenas 1,2% dos municípios não possui Plano Municipal (BRASIL, 2015).

Em relação ao financiamento, a maior parcela dos recursos aplicados na assistência social é proveniente da União. Dessa parcela, a maior parte é voltada para os programas de transferência de renda. Os municípios são o segundo ente que mais contribui para o cofinanciamento, sendo que todos os estados e 98,6% dos municípios possuem Fundo Municipal de Assistência Social (BRASIL, 2015).

No panorama apresentado pelo Censo SUAS 2014 acerca dos equipamentos de assistência social, foram identificados o total de 23.744 equipamentos distribuídos entre os 5.520 municípios que fizeram parte da pesquisa, sendo 8.091 CRAS, 2.372 Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), 215 Centro POP, 7.882 centros de convivência e 5.184 unidades de acolhimento. Especificamente sobre o CRAS, que é foco desse trabalho, o Censo SUAS 2014 identificou sua existência em 5.485 municípios, o que corresponde à presença desse equipamento em 98,5% dos municípios

¹⁶ Para fins desse trabalho, serão apresentados apenas alguns dos resultados apontados pelo Censo SUAS 2014. Para maiores informações, consultar Brasil (2015).

brasileiros (BRASIL, 2015). Em relação ao PAIF, 5.449 municípios ofertavam esse serviço junto ao CRAS.

Outra pesquisa, realizada por Couto, et al (2014) constatou que no que se refere à institucionalização da política de assistência social existe dificuldades na estruturação do SUAS na maioria dos municípios. Essas dificuldades foram identificadas desde o processo de implantação, efetuado predominantemente de maneira formal para atender a requisitos legais, pautando-se em apresentação e análise de documentação até a estruturação das unidades CRAS e CREAS e organização dos serviços.

Segundo essa pesquisa, e corroborando com os dados apresentados pelo Censo SUAS 2014, existem fatores inibidores no processo de implantação e implementação do SUAS em diferentes municípios brasileiros, entre eles: a) dificuldade na estruturação e na institucionalidade do SUAS; b) falta de recursos municipais para o financiamentos das ações – as ações substantivas e atividades fins da política dependem quase que exclusivamente de recursos federais; c) limitada capacidade de atendimento dos CRAS e CREAS a demandas assistenciais que extrapolem a simples distribuição de benefícios – persistência da cultura arraigada do assistencialismo (PEREIRA, 2014, p.17-18).

É fundamental destacar que as mudanças políticas que ocorreram no decorrer de 2016, sem sombra de dúvida, trarão rebatimentos significativos para a política de assistência social, afetando ainda mais a implementação do SUAS. Um dos rebatimentos é a instituição da Medida Provisória nº 726, de 12 de maio de 2016 que transformou o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA)¹⁷ e a nomeação, para ministro do Desenvolvimento Social e Agrário, de um médico com pouco ou nenhum conhecimento técnico na área.

O lançamento do Programa Criança Feliz também trouxe rebatimentos para a política de assistência social, visto que retomou o primeiro damismo, com o anúncio da primeira dama Marcela Temer como embaixadora voluntária do Programa Criança Feliz. Esse ato consiste no “deslocamento do direito social para uma ode à filantropia, ao voluntariado e à solidariedade indiferenciada” (CFESS, 2016), deslocando novamente a assistência social para o campo do clientelismo, do assistencialismo, da solidariedade mecânica e do não

¹⁷ Cabe lembrar que grande parte das legislações e normativas referente ao SUAS foram publicadas durante a existência do MDS.

direito. Ainda, corresponde à opção pela desprofissionalização das políticas sociais e reforça o papel tradicional da mulher em uma sociedade patriarcal, ou seja, reforça sua condição subalterna.

Entre outros tantos rebatimentos, também se encontra a EMC 95/2016, que assim como na saúde, gerará impactos no orçamento da política de assistência social. Segundo análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as estimativas de impacto no financiamento da assistência social remetem para a hipótese de que o MDSA garantirá a manutenção das políticas atualmente em voga, porém não ampliará benefícios nem inaugurará novas frentes de combate a pobreza, deixando de incorporar as demandas que ocorram pelo aumento das necessidades socioassistenciais das populações vulneráveis (PAIVA et al, 2016).

A previsão é que, já no primeiro ano de implementação da EMC 95/2016, haverá uma redução de 8% no orçamento da assistência social chegando a 54% em 2036, o que significa que, em 20 anos, o MDSA contaria com menos da metade dos recursos necessários para a manutenção das ofertas atuais em termos de BPC, de benefícios do Programa Bolsa Família, dos serviços socioassistenciais de PSB e Proteção Social Especial de média e alta complexidade e demais ações. E, se for considerado que alguns benefícios, como o BPC, tende a se expandir devido à ampliação da população idosa prevista para os próximos anos, essa previsão de redução significativa no orçamento da política de assistência social pode implicar significativamente 1) na redução dos serviços ofertados; 2) na deteriorização de outras políticas do MDSA devido à perspectiva de ampliação do BPC ou a deteriorização do BPC mediante a pressão das demais ações do MDSA; 3) tensionamento das demais políticas, no âmbito do Poder Executivo, em virtude de imperativos constitucionais, como o BPC, os benefícios previdenciários, o teto mínimo da saúde e educação, entre outros; 4) o acirramento da disputa política por recursos entre as diversas áreas do Poder Executivo; e 5) revisões e reformas de direitos garantidos constitucionalmente, sendo essa pauta prioritária juntamente com a EMC 95/2016 no atual governo (PAIVA et al, 2016).

Diante o quadro apresentado, estima-se que a aprovação da EMC 95/2016 representará perdas expressivas para o campo assistencial podendo inclusive comprometer os avanços realizados em relação ao combate à pobreza e à desigualdade e à promoção da cidadania inclusiva.

O Brasil, nos últimos anos, vem experimentando uma redução visível da pobreza monetária e da desigualdade de renda, com melhora

inclusive no acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social por parte da população mais vulnerável. Ações assistenciais, como o BPC, o Programa Bolsa Família e o SUAS “colocaram o Brasil em patamar civilizatório mais elevado, ao afiançar direitos e proteção ao público em situação de vulnerabilidade, seja pela situação de pobreza, seja devido à violação de direitos” (PAIVA et al, 2016, p.6) e o novo regime fiscal proposto pela EMC 95/2016 poderá impor uma descontinuidade da oferta socioprotetiva, afetando as proteções já afiançadas pela política de assistência social e que influenciam diretamente na intervenção profissional do assistente social nesse campo de atuação.

3 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS

A relação entre política social e Serviço Social, no Brasil, surge a partir da década de 1930 com o incremento da intervenção estatal, através de processos de modernização conservadora¹⁸ no Brasil (BEHRING, 2003). Essa expansão do papel do Estado envolveu também a área social, tendo em vista a necessidade de enfrentamento das expressões da questão social, e foi acompanhada pela profissionalização do Serviço Social, como especialização do trabalho coletivo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Apesar de haver um vínculo estrutural¹⁹ entre a constituição das políticas públicas e o surgimento da profissão de Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, a introdução da temática da política social nas pautas profissionais foi tardia.

A gênese do Serviço Social no Brasil está relacionada com o surgimento de instituições vinculadas à igreja católica e de ações sociais com características de apostolado, a partir da década de 1920 e 1930, respectivamente. Aliado a isso, outras demandas passam a aparecer, a partir de instituições estatais, culminando na criação de departamentos, serviços e seções de assistência social no Estado e exigindo formação técnica especializada para trabalhar nesses setores. Assim, a partir da criação do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo e das demandas do Estado é que, em 1936, é fundada a primeira Escola de Serviço Social de São Paulo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

Segundo Gerber (2009), o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo desempenhou papel fundamental na formação de assistentes

¹⁸ Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional que tem como núcleo central a tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador no processo de desenvolvimento. O caráter modernizador dessa perspectiva aceita como inquestionável a ordem sociopolítica da época e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam. Da mesma forma, resgata os valores e concepções mais tradicionais, não para superá-los ou negá-los, mas para inseri-los em uma “moldura teórica e metodológica menos débil, subordinando-os aos seus vieses ‘modernos’” (NETTO, 2008, p.155). A modernização conservadora tem seu auge na segunda metade da década de 1960 e tem como principais bases os documentos de Araxá e Teresópolis.

¹⁹ Esse vínculo estrutural foi abordado pioneiramente por Iamamoto e Carvalho (2014) em seu texto *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica*, de 1982.

sociais na medida em que, visando atender o objetivo de oferecer uma profissionalização cada vez maior, enviou jovens brasileiros para estudar da Europa e posteriormente implantarem o curso de Serviço Social no Brasil. Marcada profundamente pela Doutrina Social da Igreja, a proposta de formação da primeira escola de Serviço Social baseava-se nas premissas orientadoras do Serviço Social europeu, que evidenciava suas ações na preocupação com a situação da classe trabalhadora. A segunda escola brasileira, fundada no Rio de Janeiro, em 1937, tinha outras influências, mas igualmente a Igreja e sua Doutrina tiveram um papel preponderante.

Nos primórdios, havia uma ênfase disciplinadora, pedagógica e higienista evidenciada nos programas, serviços e no trabalho executado pelos profissionais de Serviço Social. Vale destacar que, no início, o trabalho profissional do assistente social era absorvido pelas instituições católicas, mas logo, passou a ser requisitado pelo Estado para atuar em serviços que visavam o enfrentamento da questão social (GERBER, 2009). Assim, pode-se dizer, que, apesar da implantação do Serviço Social não ter sido baseada na ação coercitiva do Estado, ou seja, não ter sido uma demanda ou imposição do Estado, mas sim da iniciativa particular de grupos que se manifestaram através da Igreja Católica, a aproximação entre as instituições fez com que os assistentes sociais passassem a ser recrutados pelo Estado (OLIVEIRA, 1989).

A formação do assistente social sempre foi voltada para a prática profissional, sendo que a atuação prática desenvolvida pelos primeiros profissionais estava associada essencialmente para a organização da assistência, para a educação popular e para a pesquisa social; e as visitas domiciliares, os encaminhamentos, a distribuição de auxílios materiais e a formação moral e doméstica as atividades mais desenvolvidas pelos assistentes sociais²⁰ (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). De modo geral, o método utilizado era o Serviço Social de casos individuais.

A partir de 1937, com a implantação do Estado Novo e de uma política industrialista, surgem os primeiros direitos dos trabalhadores como forma de incorporar algumas reivindicações dos setores populares e minimizar a violência que caracteriza esse período. Surgem também grandes instituições sociais, como a LBA, o SENAI, o SESI, entre outros, que aos poucos absorvem o Serviço Social, num período em que a profissão é um projeto ainda em “estado embrionário”, ainda marcado e ligado à sua origem católica. Nesse sentido, “o processo de

²⁰ Iamamoto e Carvalho (2014) aprofundam essa discussão, resgatando historicamente todo o processo de criação do Serviço Social.

institucionalização do Serviço Social será também o processo de profissionalização dos assistentes sociais formados nas escolas especializadas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.327).

A legitimidade da intervenção profissional junto aos setores populares originalmente vinha do caráter de apostolado social e da origem de classe das primeiras assistentes sociais, porém, com a criação das grandes empresas, a legitimidade passou a vir de um mandato institucional, visto que

para impor-se e atuar, o Serviço Social estará englobado e legitimado por um quadro jurídico e institucional; deixará de ter por base de sua ação ‘de enquadramento’ as pequenas obras caridosas e assistenciais. As ações dispersas e sem solução de continuidade [...] deixam lugar a uma prática institucionalizada cujo âmbito de atuação são grandes segmentos do proletariado. A partir dos aspectos materiais de sua intervenção, o Serviço Social deixa de ser uma forma de distribuição controlada da exígua caridade particular das classes dominantes, para constituir-se numa das engrenagens de execução das políticas sociais do Estado e corporações empresariais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.328).

Apesar de modificado, o Serviço Social guardava suas características fundamentais e, somente com o passar do tempo, a partir da realização de Congressos de Serviço Social, abriu-se a possibilidade de discussão acerca da profissão. No 2º Congresso Pan-Americano de Serviço Social, realizado em 1949, há uma maior solicitação para a utilização de métodos de grupo e comunidade, aliados com o Serviço Social de casos individuais pelos profissionais, porém, apenas na década de 1960, com a ideologia desenvolvimentista, é que se perceberão mudanças mais acentuadas na profissão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

O período compreendido entre os anos de 1945 e 1958 foi marcado, portanto, pelo movimento coletivo dos profissionais em direção ao reconhecimento da profissão, “inicialmente parametrando mecanismos jurídico-legais relacionados à ética, e em seguida, lutando pela uniformização da grade curricular através de lei específica até culminar na publicação da lei de regulamentação da profissão” (GERBER, 2009).

Até meados de 1960, as funções desempenhadas pelos assistentes sociais estavam relacionadas diretamente com a integração dos indivíduos e a normalização de suas condutas (MIOTO; NOGUEIRA, 2013). Há que se considerar, nesse período, o momento vivido pelo Serviço Social, voltado para a busca da consolidação da profissão em uma área relacionada com a benemerência e organização da demanda aos serviços e benefícios oferecidos pelo aparato institucional público e privado.

A modernização ocorrida a partir de 1960 se dá tanto em relação ao profissional, quanto em relação ao corpo teórico, métodos e técnicas utilizadas pelo assistente social. Nesse período, há um significativo alargamento das funções exercidas pelo profissional que passam a aceitar o desafio de participar do novo projeto desenvolvimentista. Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade com a finalidade de atender as demandas, tornando-se imprescindível a adoção de padrões e técnicas modernas, que se contraponham ao chamado Serviço Social tradicional (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014).

A ditadura militar, instituída em 1964, além de inibir os debates sobre os rumos do Serviço Social, contribuiu para o isolamento da categoria do movimento de revisão crítica vivido na América Latina (MIOTO; NOGUEIRA, 2013). No mesmo período, houve uma mudança no perfil profissional do Serviço Social, os profissionais tornaram-se trabalhadores assalariados, oriundos das camadas médias baixas e da classe trabalhadora. Da mesma forma, ocorreu um processo de renovação dentro da profissão que, segundo Netto (2008), se deu em três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura²¹. A direção modernizadora tornou-se hegemônica face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época.

A crise da ditadura, ocorrida na segunda metade da década de 1970, abre espaço para experiências isoladas que trazem uma perspectiva crítica ao fazer do assistente social. É a partir de 1979 que ocorre uma profunda revisão crítica na profissão, culminando na renovação do Serviço Social direcionada pela vertente da intenção de ruptura, que buscava romper com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais (NETTO, 2008). A vertente da intenção de ruptura possui relação direta com uma crítica sistemática ao desempenho profissional e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos, manifestando a intenção de romper com o

²¹ Recomenda-se a leitura de Netto (2008) para saber mais sobre o assunto.

pensamento conservador e com seus paradigmas de intervenção social (NETTO, 2008). Na sua explicitação, a vertente intenção de ruptura recorre progressivamente à tradição marxista.

Também é nesse período, em forte sintonia com o processo de redemocratização do país, ocorrido ao longo dos anos 1980 e culminando na Constituição Federal de 1988, que se inicia a construção do hoje denominado projeto ético político profissional. No âmbito do Serviço Social esse é o marco para o início da discussão acerca da política social com o viés democrático, na perspectiva da cidadania e dos direitos sociais.

Segundo Netto (2007), um projeto profissional apresenta a auto imagem da profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimita e prioriza seus objetivos e funções, formula os requisitos teóricos, práticos e institucionais para seu exercício, prescreve normas para o comportamento dos profissionais e estabelece as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissionais e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (NETTO, 2007). No caso do Serviço Social, o projeto ético político da profissão começou a ser constituído juntamente com a luta pela democracia na sociedade brasileira.

A luta contra a ditadura e a conquista da democracia política possibilitou “o rebatimento, no interior do corpo profissional, da disputa entre dois projetos societários diferentes, que se confrontavam no movimento das classes sociais” (NETTO, 2007, p.151). Pela primeira vez, no interior do corpo profissional repercutiam projetos societários diferentes dos que respondiam aos interesses das classes e setores dominantes e, na acumulação teórica operada pelo Serviço Social, buscou-se a ruptura com o conservadorismo profissional, empregando-se vertentes inspiradas na tradição marxista.

Concomitante a isso, ocorreu na profissão, um movimento para redimensionar a formação e a atuação profissional requalificando a prática profissional e incorporando as conquistas de direitos cívicos e sociais que acompanhou a restauração democrática da sociedade brasileira (NETTO, 2007).

Assim, o projeto ético político profissional tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central e se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir dessas opções que o fundamentam, o projeto ético político do Serviço Social afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio a

qualquer tipo de arbítrio e preconceito (NETTO, 2007). A dimensão política do projeto o posiciona a favor da equidade e da justiça social,

na perspectiva da *universalização* do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a *ampliação* e a *consolidação da cidadania* são explicitamente postas como *garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente *democrático* – considerada a *democratização* como *socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida* (NETTO, 2007, p.155, grifos do autor).

Do ponto de vista profissional, o projeto implica no compromisso com a competência, tendo como base o aperfeiçoamento profissional e dando ênfase numa formação acadêmica qualificada, fundada em concepções teórico metodológicas críticas e sólidas. Prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais e assinala claramente a necessidade de articulação com outras categorias profissionais para a potencialização do desempenho ético político dos assistentes sociais (NETTO, 2007).

Assim, a construção do projeto ético político profissional e o retorno ao Estado de Direito, em 1985, trazem um novo ânimo a profissão, principalmente com a Constituição Federal de 1988, em que se incorpora o ideário dos direitos sociais assim como a garantia da proteção social universal sob a responsabilidade do Estado, especialmente no que se refere à área da saúde e assistência social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013). A intervenção profissional volta-se para a implementação das políticas nacionais, entretanto, verifica-se uma assimetria entre a prática do assistente social, ainda vinculada ao fazer de períodos anteriores, e os valores atualizados trazidos pela Constituição.

Igualmente, é breve a convergência de princípios e valores entre a profissão e as políticas governamentais. Por parte da profissão, não houve o tempo necessário para o reordenamento das práticas voltadas à universalização de direitos e isso se deve a dois principais fatores: a heterogeneidade de incorporação do novo currículo profissional, construído com base na teoria crítica, e devido às demandas apresentadas ao assistente social, que se tornam complexas, multifacetadas, ampliadas qualitativamente e quantitativamente (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Já no campo institucional, o que contribuiu para a breve convergência de princípios e valores entre a profissão e as políticas governamentais, foi a crise mundial das economias capitalistas ocidentais – já referenciada anteriormente –, que levou a uma redução dos ideais universalistas e igualitários da área dos direitos sociais e para a focalização das políticas sociais voltadas para populações vulneráveis e de risco social, confirmando uma divergência entre o definido pela Constituição Federal de 1988 e a operacionalização das políticas sociais e os valores profissionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Todos esses processos têm impactos para a questão social e as políticas sociais e tem como consequência para a profissão a redução da relativa autonomia do assistente social, na medida em que se limita aos trâmites burocráticos no desenvolvimento dos programas e na exigência constante da quantificação dos resultados.

Indiscutivelmente, o contexto trazido até o momento coloca no plano da profissão de Serviço Social desafios de ordem teórica, ética, política e prática pedagógica (MOTA, 2010).

Os históricos desafios do Serviço Social, originários da contraditória determinação social da profissão, encontram no desenvolvimento do capitalismo, na emergência das múltiplas expressões da questão social, nas lutas e movimentos sociais, na ação do Estado em sua relação com a sociedade civil o entrelaçamento de relações sociais que se produzem e se reproduzem numa processualidade dialética e contraditória (MOTA, 2010).

Todo esse processo tem nutrido e fortalecido o projeto ético político profissional, principalmente no que se refere a não sucumbir ao apagamento da dimensão política profissional e de resistência a três aspectos essenciais: “à redução do projeto profissional a sua dimensão prático-operativa; ao cancelamento de qualquer ideário que não seja o da ordem; à submissão da crítica teórica e política à prova da formulação de propostas técnicas” (MOTA, 2010, p.39).

Também apontam para a centralidade da dimensão ético política profissional do Serviço Social e para a necessidade de historicizar as condições do exercício profissional do assistente social, que remetem à:

I. *Organização política dos Assistentes Sociais*, cuja condição de assalariado lhes faculta, na condição de partícipes das classes trabalhadoras, serem protagonistas da construção de uma outra sociabilidade, fortalecendo, no campo da grande política, as lutas por questões que tem incidência na ‘questão social’ e nos seus

mecanismos de enfrentamento e superação, que e o ambiente não exclusivo, mas particular da ação profissional.

II. *Articulação entre direção política e exercício profissional*, particularizadas no âmbito da divisão social e técnica do trabalho cuja perícia e pedagogia consiste em atentar para as necessidades originárias da prática profissional e da tensa relação entre projeto ético-político-profissional e trabalho assalariado, recuperando questões e contradições presentes nessa relação (MOTA, 2010, p.41, grifos da autora).

Essas questões levam ao entendimento de que as condições do exercício profissional são historicamente determinadas e que existe a necessidade de resposta, por parte da profissão, às demandas institucionais. Da mesma forma, a profissão tem um ideário revelado pelo projeto ético político profissional que deve guiar sua ação, mas sua operacionalização depende de condições objetivas, muitas vezes guiadas por um projeto em direção oposta.

Nesse sentido, Iamamoto (2008) aponta para as tensas relações entre projeto profissional e trabalho assalariado, revelando os limites da autonomia do trabalho profissional, na medida em que a profissão é uma das especializações do trabalho, parte da divisão social e técnica do trabalho social.

Segundo a autora, na condição de trabalhadores assalariados, o assistente social possui uma relativa autonomia na condução de suas ações profissionais, visto que muitas vezes são condicionadas pelas lutas hegemônicas presentes na sociedade. Ainda nessa condição, o profissional está submetido ao processo de mercantilização da força de trabalho, que subordina seu trabalho, de qualidade particular, aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo “condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional” (IAMAMOTO, 2008, p.416).

Entende-se, porém, que os limites da autonomia profissional não se confundem com as possibilidades de construção de uma consciência crítica das relações que marcam a inserção do assistente social no mundo do trabalho. Dessa forma, é necessário acionar práticas político organizativas de resistência e luta de forma a contribuir para mudanças nos processos nos quais se insere o profissional em busca de outra sociedade, com base no projeto ético político do Serviço Social.

3.1 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

A saúde foi a área que mais absorveu profissionais de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940. A absorção desses profissionais teve como um dos motivos a elaboração, em 1948, de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005), sendo o Hospital das Clínicas de São Paulo, com o chamado Serviço Social Médico, o pioneiro na contratação destes profissionais.

O Serviço Social Médico tinha como finalidade auxiliar o tratamento médico e era considerado um trabalho de natureza educativa, visando o desenvolvimento de potencialidades do usuário e contribuindo para o conhecimento de sua personalidade (BRAVO; MATOS, 2001). Além disso, o assistente social que atuava nos hospitais tinha como atribuições o plantão, a triagem, o encaminhamento, a concessão de benefícios e a orientação previdenciária, sendo que muitas dessas permanecem inseridas na prática profissional até os dias atuais. Destaca-se, porém, que a assistência prestada nesses espaços não era considerada universal, fazendo com que os assistentes sociais realizassem mediação entre instituição e população com o objetivo de garantir o acesso e os benefícios oferecidos pelas políticas públicas, aos usuários a quem se dirigia (BRAVO; MATOS, 2001).

A partir de 1945, outras instituições incorporaram o profissional de Serviço Social no seu quadro de funcionários para atuar em programas educativos e de orientação sobre cuidados de higiene e puericultura, como por exemplo, os Departamentos de Saúde dos estados e a área médica da Previdência Social (NOGUEIRA, 2005). Na saúde, os profissionais se encontravam espalhados em diversas instituições e sem uma coordenação geral, sendo o grupo que se destacou vinculado ao Departamento Nacional da Criança, no Centro de Orientação Juvenil, pautando-se numa abordagem psicologista. Já na área da Previdência Social, o Serviço Social, que possuía uma coordenação em nível nacional, norteou sua prática pelo Plano Básico de Ação (BRAVO, 2004).

Desde o início da inserção do Serviço Social na área da saúde, a principal função dos assistentes sociais era mediar a relação entre instituição e população, promovendo o acesso aos direitos e protagonizando ações que articulam a política de saúde e as outras

políticas e serviços que constituíram a seguridade social brasileira na época.

Em 1964, início da ditadura militar, o Serviço Social foi redimensionado, passando por um processo de renovação, conforme já mencionado anteriormente. Na área da saúde, a perspectiva modernizadora sedimentou a prática profissional na dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios. O aspecto educativo da profissão voltava-se apenas para funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam o controle do trabalhador (BRAVO; MATOS, 2001).

A perspectiva modernizadora na área da saúde prevaleceu até a abertura política (1974 a 1979) com o Serviço Social desenvolvendo ações predominantemente rotineiras, burocratizadas, empirista, com ênfase na seletividade e racionalidade (BRAVO, 2004), apesar da emergência de novas direções teórico-metodológicas na profissão e o surgimento do Movimento Sanitário. A partir de 1979, a vertente da intenção de ruptura passou a direcionar a renovação do Serviço Social. Destaca-se, porém, que esta vertente não chegou a influenciar significativamente o Serviço Social na área da saúde, visto que esses profissionais, majoritariamente, não se engajaram no Movimento Sanitário²².

Reconhece-se, no entanto, que, apesar do não envolvimento junto ao Movimento Sanitário, foi possível identificar a sensibilização de assistentes sociais para o campo da saúde coletiva. Identifica-se a participação tímida dos profissionais em eventos, principalmente no final do período de redemocratização, onde se destaca a VIII Conferência Nacional de Saúde, os Congressos de Saúde Coletiva e os Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais, onde alguns trabalhos com essa temática foram apresentados. Também houve uma preocupação em realizar estudos voltados para a prática profissional, aprofundando temas como direitos, assistência, cidadania e políticas públicas (BRAVO, 2011).

Com a Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e os

²² Correia (2005) aponta que mesmo com o baixo engajamento dos assistentes sociais com o Movimento Sanitário, houve algumas experiências articuladas “com as propostas emergentes na política de saúde e a uma perspectiva de compromisso com o usuário” e aponta como exemplo, o envolvimento dos profissionais de Serviço Social com a construção de uma nova política de saúde aberta para a participação da população na gestão local.

princípios da descentralização, da universalização, da integralidade, da participação da comunidade passam a ser diretrizes do novo sistema. Regulamentado pelas Leis Orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90 o SUS trouxe inovações para a saúde e provocou mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área. Como inovações, pode-se citar a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como 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 (BRASIL, 1990) como condicionantes e determinantes da saúde; e os próprios princípios do SUS. As inovações influenciaram o novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e requisiu um trabalho multiprofissional, passando, o assistente social, a ter maior importância na área da saúde (CORREIA, 2005).

Considera-se, porém, que mesmo com as mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política, advinda da implementação do SUS na década de 1990, a atual organização do sistema, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e quantidade dos atendimentos, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa (COSTA, 2000).

É nesse contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, determinando inclusive o âmbito de atuação do assistente social. Entre as requisições destacam-se: 1) as derivadas do histórico déficit de oferta dos serviços, para atender as necessidades de saúde da população; 2) as relacionadas às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico políticas implementadas no SUS; 3) as relacionadas com a adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura do SUS (COSTA, 2000). Pode-se dizer, com isso, que as principais demandas dentro do SUS advêm das contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema, determinado principalmente pela hierarquização do SUS por níveis de complexidade (básica, média e alta complexidade), pela sua descentralização e democratização.

O processo de municipalização do SUS incentivou a alocação dos profissionais mais próximos aos usuários. Esta descentralização administrativa proporcionou uma crescente ampliação do mercado de trabalho para as profissões da área da saúde na esfera municipal, entre

elas o Serviço Social (KRUGER, 2010). O aumento na contratação de assistentes sociais em todos os níveis de atenção, principalmente na média e alta complexidade, tornou-se uma tendência causada pelo rebatimento da reforma do Estado na política de saúde, e que está vinculado ao crescimento exponencial de demandas aos serviços de saúde (SOARES, 2010).

Esse fato expressa as contradições do SUS e sua racionalidade hegemônica, tendo em vista que a política de saúde, mesmo com uma de suas principais diretrizes a centralidade na atenção primária e, dentro desta, a ESF implantada nos anos de 1990, têm a maior parte dos assistentes sociais trabalhando na média e alta complexidade. Portanto, apesar da trajetória da profissão na saúde ter possibilitado a aquisição de conhecimentos que qualificaram o profissional para atuar na equipe de saúde como articulador do recorte do social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis do sistema de saúde (NOGUEIRA, 2005) e, apesar de abertos novos espaços de atuação profissional na saúde depois do SUS, possibilitando a prática em trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, a atuação do Serviço Social nas últimas duas décadas, permanece centrada na atenção de média e alta complexidade.

3.1.1 A Atenção Primária em Saúde e a atuação do assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O termo APS²³ é compreendido como um conjunto de intervenções em saúde, desenvolvidas no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. A APS 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 delimitadas, das quais assumem a responsabilidade” (CONASS, 2004, p.7).

A APS é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e está orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade,

²³ No Brasil, o termo APS também é conhecido como Atenção Básica, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível de complexidade do sistema de saúde, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para fins desse trabalho, as duas terminologias serão consideradas como sinônimo.

continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Para Starfield (2002), a APS se diferencia dos outros níveis assistenciais por apresentar quatro atributos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Tais atributos têm sido utilizados para avaliar a qualidade da APS nos Estados Unidos e no Brasil (CUNHA; GIONAVELLA, 2011).

Por atenção ao primeiro contato Starfield (2002) compreende como a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de saúde. Já acesso, seria o uso oportuno dos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde, possibilitando aos cidadãos que cheguem aos serviços sem barreiras geográficas ou organizacionais. A acessibilidade pode ser analisada a partir de três itens essenciais: a disponibilidade da atenção ao usuário e sua família, a comodidade em relação ao tempo de espera para atendimento, conveniência de horários, facilidade de acesso e contato com os profissionais, etc e a aceitabilidade e satisfação do usuário em relação aos serviços oferecidos (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade refere-se à necessidade do serviço proporcionar o acompanhamento do usuário e sua família ao longo da vida (STARFIELD, 2002) estabelecendo com isso um vínculo, ou seja, uma ligação entre profissional de saúde e usuário. É uma relação de longa duração entre profissionais e usuários. Já no que se refere à integralidade da atenção, estabelece-se que o atendimento e as ações de saúde sejam realizados de forma integrada e voltados, ao mesmo tempo, para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, percebendo o indivíduo como um ser humano integral. Além disso, espera-se que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las, atendendo o usuário de forma integral e não segmentada. Para alcançar a integralidade é necessário que os serviços realizem o diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita, realize atendimentos pela UBS e organize as RAS como forma de oferta à população de outros pontos de atenção necessários à resolução de suas necessidades de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Por fim, a responsabilização ou coordenação do cuidado é um desafio para os profissionais de saúde. Entendida como a necessidade dos profissionais seguirem responsáveis pelo usuário e seu acompanhamento mesmo quando realizado em outros pontos de atenção da rede de saúde (STARFIELD, 2002). De todos os atributos identificados por Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada a característica central e exclusiva da APS.

A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção cultural e deve cumprir três funções principais: resolução, ou seja, resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; organização, de fluxos e contrafluxos de usuários pelos diversos pontos da atenção à saúde e; responsabilização da saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (CONASS, 2004).

Implementar uma APS que corresponda à sua concepção abrangente e integral implica na construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam às necessidades de saúde da população (GIOVANELLA et al, 2009). E a atuação intersetorial é condição para que a APS não fique restrita ao primeiro nível, mas seja base para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e que incidam sobre os diversos níveis de determinação dos processos saúde doença e os determinantes sociais, promovendo a saúde. Em outras palavras, a atuação intersetorial é condição para uma APS abrangente na medida em que a compreensão da saúde é inseparável do desenvolvimento social e econômico, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde doença o que exige articulação entre todos os setores e políticas públicas. A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (JUNQUEIRA, 2000). Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só.

Cabe destacar, porém, que o termo Atenção Primária em Saúde, na América Latina nos anos de 1980, estava vinculada principalmente a abordagem seletiva preconizada por agências multilaterais, cuja implementação dos serviços ocorria de forma mínima e em geral com baixa qualidade (CONILL; FAUSTO, 2007).

Nos anos 1990, no Brasil, foram apontadas falhas na política de saúde, principalmente no que se refere ao atendimento das camadas mais pobres da população e à falta de investimento nas ações de APS. Na ocasião, a atenção primária foi o nível de atenção prioritário na proposta inicial de reforma do Estado, uma vez que, diagnosticada a escassez de recursos para o financiamento da saúde de modo universal, se estabeleceria um pacote mínimo de serviços clínicos essenciais.

Na agenda de reformas proposta pelo BM, voltado para a implementação da APS nos países subdesenvolvidos, encontravam-se o

pagamento de taxas pelos usuários dos serviços públicos de saúde, especialmente medicamentos e ações curativas; o encorajamento de programas de seguro saúde; o uso de recursos não governamentais; e a descentralização dos serviços públicos. Dessa forma, os serviços ofertados pelo Estado ficariam restritos a serviços que produzem bens públicos; a serviços com grande externalidade; a prover diretamente ou financiar prestadores privados de serviços de atenção à saúde que tenham uma boa relação custo benefício e uma abordagem socialmente aceitável para reduzir a pobreza; e a compensar os problemas e incertezas geradas pelo mercado (MISOCZKY, 1995).

Assim, chamado pejorativamente de “cesta básica”, o pacote de ações proposta pelo BM orientava que o Estado se incumbisse de um pacote mínimo essencial, que incluiria o cuidado a crianças doentes, planejamento familiar, atenção à gestação e ao parto e o tratamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e tuberculose e, onde seria facultativa, aos países em desenvolvimento, a oferta de serviços para abordar doenças crônicas e degenerativas (FRANCO; MERHY, 2003; MISOCZKY, 1995). As ações de média e alta complexidade ficariam a cargo do setor privado e deveriam ser pagas pelo consumidor. Nessa configuração o papel do Estado enquanto provedor/financiador de serviços de saúde se resumiria a garantir o suprimento e a preservação de indivíduos aptos para o mercado de trabalho (MISOCZKY, 1995).

Essa realidade de 1990 tem sido rediscutida atualmente, inicialmente com a privatização da saúde, onde muitos serviços, principalmente de média e alta complexidade, já foram entregues para administrações de OS e, posteriormente, no governo de Michel Temer, com o lançamento da proposta de um plano de saúde de baixo custo, que incentiva parte da população a pagar pelos serviços de saúde, principalmente no que se refere à exames e consultas de média complexidade.

Assim, caberia ao Estado garantir apenas serviços básicos voltados para a APS e para a população que não pudesse arcar com as despesas de um plano de saúde. É importante mencionar, porém, que, em alguns municípios, como é o caso do Rio de Janeiro, a própria APS já passou a ser administrada por OSs, com a falácia de reduzir os custos do Estado e ampliar a qualidade dos serviços oferecidos à população. O que se tem visto, no entanto, é um gasto maior do Estado com o pagamento das OSs, que muitas vezes oferecem serviços menos qualificados e mais sucateados, uma maior precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais que atuam nesses serviços, um desvio no que se refere aos princípios da APS, dificultando o seguimento de princípios

como a longitudinalidade, por exemplo, devido à alta rotatividade de profissionais, entre outros.

Foi com essa proposta inicial de racionalização de recursos, que tem sido rediscutida atualmente, que o Brasil, a partir dos anos 1990, passou a investir na APS. Nesse período, no país, o termo APS foi substituído por Atenção Básica²⁴ remetendo ainda mais à lógica da reforma, de atendimento básico, serviços mínimos para a população que não tivesse condições de arcar com os custos de um plano de saúde privado.

No entanto, no Brasil, a pressão do BM e o receituário neoliberal encontraram uma forte ideia de direito público colocada sobre o sistema de saúde, o que culminou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa de Saúde da Família (PSF) como “estratégias de mudança” do modelo hegemônico (FRANCO; MERHY, 2003).

O PACS, criado em 1991, teve como objetivo proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde através da descentralização das ações e da priorização das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Teve como inspiração, experiências de práticas em saúde, com agentes comunitários, que já vinham sendo realizadas em algumas regiões do país, como Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará (VIANA; DAL POZ, 2005). Era composto por uma equipe de pessoas – os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) –, que residem na comunidade onde trabalham e que acompanham os moradores através de visitas domiciliares.

Apesar do objetivo do PACS ser ampliar o acesso à saúde, os ACS eram profissionais com baixo nível de escolaridade, com baixa remuneração, sem formação adequada para desempenhar funções de extrema responsabilidade junto à população e que, de certa forma, reproduziam a hegemonia médica. Cabiam aos ACSs realizar visitas domiciliares, que assim como as visitas das eSF instituídas posteriormente, muitas vezes eram compulsórias e apresentadas como um grande trunfo, na medida em que trabalhava a ideia de que essa “intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil ‘higiênico’ da população e, assim, prevenir os agravos à saúde” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 57).

Já o PSF, visava a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência por um modelo que

²⁴ Atualmente, o entendimento do termo Atenção Básica se assemelha ao termo APS em seu sentido mais amplo e integral.

priorizasse a atenção centrada na família e uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que voltasse suas ações para além das práticas curativas (BRASIL, 2001). O que se via, segundo Mendes (1996), porém, era um programa que deveria ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade para seu atendimento; uma equipe de saúde da família que atuasse em um território de abrangência definido e que desenvolvesse ações focalizadas na saúde, voltadas às famílias e seu habitat e dando ênfase às ações de promoção e prevenção de saúde, sem descuidar do curativo e das ações de reabilitação; e uma equipe que tivesse uma alta resolubilidade e que atuasse com baixos custos diretos e indiretos, sendo econômicos e ao mesmo tempo sociais.

Em outras palavras, o PACS e o PSF foram criados tendo as mesmas intenções de cunho racionalizadora e voltados para a ideia de focalização lançadas pelo BM. A partir de 1997, o PSF passou a ser considerado Estratégia de Saúde da Família e a concepção do termo APS foi renovada no Brasil, ampliando-se para uma estratégia de ordenação dos serviços e de promoção da equidade em saúde.

A ESF busca defender e concretizar os princípios do SUS, objetivando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, entendendo saúde na sua concepção ampliada, que tem como fatores determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

A ESF é guiada pelos princípios de uma política de APS, que é, sob forma de trabalho em equipe, dirigida às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012a). Cabe destacar que, atualmente, a ESF é considerada uma estratégia da Política de Atenção Básica, legitimada pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012a), que também regulamenta os NASF.

Como já mencionado anteriormente, a ESF estrutura-se a partir das UBS, que trabalha com base nos princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela e equipe multiprofissional. Há que se mencionar, porém, que esses princípios, ainda, em alguns momentos, são interpretados sob a ótica higienista, não conseguindo modificar o modelo assistencial e desarticulando sua potência transformadora.

Segundo a Portaria nº 2.488/2011, as eSF possuem um caráter multiprofissional e são formadas por no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade,

um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. De forma complementar, são constituídas por uma Equipe de Saúde Bucal (eSB) composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal ou por um cirurgião-dentista e um técnico de saúde bucal. Cada eSF deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas levando-se, sempre em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor o número de pessoas por eSF (BRASIL, 2012a).

Em relação ao trabalho multiprofissional, embora seja essa a diretriz proposta pela ESF, nada garante que na prática haverá ruptura com a dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico atual. Inicialmente, o PSF e a própria ESF foram pensadas com uma equipe mínima, como já mencionado, sendo que essa equipe foi ampliada, através dos NASF, apenas em 2008. E mesmo com essa ampliação, a regulação do acesso aos profissionais do NASF ainda continua centrada na figura do médico e da enfermeira, sendo o NASF, muitas vezes, não considerado como parte integrante da APS.

Mesmo com todos esses problemas, entre eles, o fato de ainda ter uma dinâmica de trabalho médico centrada, a ESF aparece “no cenário das políticas de saúde no Brasil, com capacidade de seduzir amplas camadas da população, carentes que estão de assistência” (FRANCO; MERHY, 2003, p.104). E não somente a população, mas os próprios formuladores e gestores do SUS que também participaram do Movimento da Reforma Sanitária, isso porque há raízes comuns entre as propostas do Movimento de Reforma Sanitária e a ESF, principalmente no que se refere às bases conceituais da epidemiologia e da vigilância em saúde; ao fato da ESF articular um discurso de conotação populista, propondo um mecanismo efetivo de inclusão da população no acesso à saúde; e também pela facilidade dos municípios no acesso aos recursos financeiros oriundos do MS.

Isso se reflete principalmente no número de eSF implantadas no país, que apontam para o avanço da APS e da ESF desde a regulamentação do SUS, porém, apontam também para a necessidade 1) de se avançar em relação à implementação da APS no Brasil, visando a melhoria da cobertura populacional; 2) de mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas desse modelo de assistência, como forma de associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde quanto outra micropolítica para esse trabalho que realmente transforme as práticas em saúde; e 3) dos profissionais remodelarem a assistência à saúde, modificando também

seus processos de trabalho, reciclando a forma de produzir o cuidado em saúde e modificando seu modo de agir entre si e com os usuários.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2014, o SUS contava com 44.664 UBS em funcionamento, sendo os serviços de APS em sua maioria (96%) públicos municipais (ALMEIDA, 2014). No mês de outubro de 2016, dados do Datasus do MS indicavam que, no Brasil, haviam implantadas 41.007 eSF, gerando uma estimativa de cobertura populacional de aproximadamente 64,67%. Em relação ao NASF, também no mês de outubro de 2016, haviam implantados no território nacional 2.582 NASF tipo 1, 899 NASF tipo 2 e 1059 NASF tipo 3 e 27 NASF intermunicipais.

No que se refere ao Serviço Social, apesar da forte tradição e legitimidade que o assistente social tem na área da saúde, as atuações no âmbito municipal e na APS foram restritas. Nesse campo, o Serviço Social ocupava espaços, principalmente, no âmbito da gestão e do planejamento, além da coordenação na operacionalização de inúmeros programas de tratamento, de promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidos à populações específicas (KRUGER, 2010).

A inserção profissional na APS também ocorreu de forma muito heterogênea no território nacional, principalmente após a criação da ESF, com iniciativas isoladas de inserir o profissional na equipe mínima. Isso se deu principalmente pelo fato do profissional não estar previsto como equipe na ESF e por estar a cargo de cada município a complementação das equipes com outras categoriais profissionais. Mais recentemente, com a criação e regulamentação dos NASF a inserção dos assistentes sociais na APS foi ampliada, mas não sem grandes discussões entre a categoria profissional, que sempre defendeu a inserção do assistente social na equipe mínima da ESF, como ocorre em alguns municípios do Espírito Santo e da região do Nordeste brasileiro, por exemplo. No município de Florianópolis, também houve resistências para a implantação do NASF, visto que já havia, no município, experiências anteriores de inserção de assistentes sociais na APS, principalmente vinculadas aos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como será visto no próximo item.

O NASF foi criado no ano de 2008, como já mencionado, e é constituído por uma equipe de profissionais de diversas áreas do conhecimento que atuam em conjunto com as eSF visando ampliar a resolubilidade das ações na APS. Cabe aos gestores municipais e as eSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir de necessidades locais compor a equipe do NASF.

A equipe NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, como: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção do território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

A organização dos processos de trabalho do NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade e, por não ser porta de entrada do SUS, os profissionais do NASF devem atuar como retaguarda especializada para as eSF ou eAB, desenvolvendo um trabalho compartilhado e colaborativo com as mesmas de acordo com suas necessidades, dificuldades ou limites (BRASIL, 2014). Assim, o NASF é uma estratégia de organização que deve orientar-se pelo referencial do apoio matricial (matriciamento), que significa, em síntese, “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13).

Para fins desse trabalho, entende-se como apoio matricial um dispositivo que visa à superação das práticas tradicionais em saúde e da racionalidade gerencial hegemônica, por meio do desenvolvimento de ações de apoio que são capazes de criar linhas transversais nas estruturas dos serviços e equipes de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O processo constitutivo do conceito de apoio matricial ou matriciamento tem como base a necessidade de contrapor os processos de trabalho em saúde e a clínica estabelecida até então, que se submetiam à lógica de trabalho pautada na autoridade, na verticalização, com esquemas de decisão e poder assimétricos (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Lógica essa também pautada no fordismo e na inspiração taylorista onde as tarefas e procedimentos, visando o aumento da eficiência ao nível operacional, só eram garantidos a partir do adestramento do trabalhador para o desenvolvimento de uma função específica, com trabalho dividido e repetitivo.

Nesse sentido, o estilo da gestão e a estrutura determinavam comportamentos e posturas e estimulavam descompromisso e alienação. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde, com a tendência de diluir a responsabilidade e o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (CAMPOS, 1999). Os profissionais atuavam por meio de certa tradição do trabalho em saúde, “com comando vertical ‘docilizando’ os sujeitos, reduzindo-os a condição de objeto, [...] enfim, trata-se de uma tradição de relações hierarquizadas” (CAMPOS, 2012, p.149).

Com a proposta do matriciamento, Campos (1999) aponta caminhos para a reorganização do processo de trabalho em saúde a partir da inserção de equipes de apoiadores. Essas equipes são formadas por especialistas que têm o papel de apoiar a equipe de referência (eSF) no atendimento às situações com as quais se depara no cotidiano, visando ampliar o trabalho. O apoiador seria o profissional que traria para o debate as implicações das relações hierarquizadas por meio da construção de espaços de reflexão, interferindo nas relações do processo de trabalho e gestão, tentando ampliar o grau de diálogo e construir de modo horizontal ações de qualificação das práticas de atenção à saúde.

Em outras palavras, a proposta de matriciamento integradora visa transformar a lógica tradicional – verticalizada – dos sistemas de saúde em uma lógica horizontal, mais rápida e eficaz de ampliar o campo de atuação das eSF e qualificar suas ações (CHIAVERINI, 2011). Isso não quer dizer que algumas práticas tradicionais, como encaminhamentos, referência e contrarreferência, deixaram de existir, ao contrário, esses instrumentos são necessários para o ordenamento do cuidado pela eSF, principalmente no que se refere à articulação entre os diferentes níveis de cuidado do SUS – APS, média e alta complexidade -, e são práticas necessárias para a integralidade do cuidado em saúde.

A proposta de matriciamento modifica essa relação principalmente na APS, onde a inserção de novos profissionais nesse nível de atenção exige outras formas, mais horizontais e eficazes de articulação, ou seja, compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais que atuam na APS e articulação pactuada de intervenções, levando em conta as responsabilizações comuns e específicas da eSF e dos diferentes profissionais do NASF.

Vale destacar, porém que, por ser uma prática nova no SUS, o matriciamento ainda possui resistências em sua implantação, seja por parte da gestão do SUS, seja por parte dos profissionais de saúde que atuam na APS. Em relação à gestão do SUS, o incentivo à produtividade é o principal obstáculo a ser superado, visto que o foco dos profissionais do NASF, para a gestão, deve ser a dimensão clínico assistencial e um processo de trabalho centrado em procedimentos. Para eles, momentos de discussão de casos, reuniões entre eSF e profissionais do NASF e educação permanente não são eficazes para a resolutividade dos problemas da APS e por isso devem ser evitados.

Em relação aos profissionais que atuam na APS, sejam eles da eSF ou do NASF, ainda se observa dificuldades no compartilhamento dos saberes e intervenções, fazendo com que operem, muitas vezes, numa lógica biomédica e corporativista. Isso ainda é resquício de uma

formação profissional que não incorpora a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade no fazer profissional e o receio de perder espaço de atuação dificulta a troca de saberes e a atuação conjunta entre profissionais. Também se observa uma lógica de trabalho pautada na autoridade, com esquemas de decisão e poder assimétricos, onde os profissionais que atuam nas eSF acreditam que são os únicos responsáveis pelos usuários e por isso, que podem atuar sozinhos, não necessitando do apoio de outros colegas; e onde os profissionais do NASF, ao receberem uma situação para atendimento, acreditam que o usuário passa a ser de sua responsabilidade, não compartilhando com a equipe de referência o andamento do acompanhamento do usuário. Outra resistência apresentada pelas eSF em relação ao matriciamento é o fato dele incentivar a ampliação dos olhares a fim de atender ao conceito ampliado de saúde, o que gera, de certa forma, mais demandas para as eSF que já se encontram sobrecarregadas por conta da precarização das condições de trabalho.

Associado a essas dificuldades, muitas categorias, entre elas, o Serviço Social, criticavam o modelo NASF criado, na medida em que o assistente social poderia ser considerado um “paramédico”, ou seja, um profissional que atuasse de acordo com as necessidades biomédicas, onde somente seria demandado quando o profissional da equipe mínima, entre eles o médico, necessitasse. Essa forma de trabalho dificulta e restringe a atuação do profissional, que passa a atuar de acordo com as necessidades e demandas de outro profissional, que na maior parte das vezes, tem dificuldades de compreender a atuação do assistente social.

O matriciamento, portanto, apesar de ter sido criado para inovar e horizontalizar as práticas na APS, ainda precisa vencer inúmeros obstáculos visando tornar-se uma prática que realmente potencialize o cuidado nesse nível de complexidade do SUS.

Com base no exposto, as ações desenvolvidas pelo NASF possuem, então, via de regra, dois principais públicos alvo: as equipes de referência apoiadas (eSF ou eAB para populações específicas) e diretamente os usuários do SUS e devem ser desenvolvidas em, pelo menos, duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2014). A primeira incide sobre ações diretas com os usuários e a segunda, produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Em se tratando da estrutura dessas ações, elas devem ser divididas em: ações compartilhadas na UBS, ações compartilhadas no território e ações específicas dos profissionais do NASF (BRASIL, 2010).

As ações compartilhadas na UBS visam uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades

mútuas. Entre as ações que se destacam estão os estudos e discussões de casos e situações, a realização de projetos terapêuticos singulares, orientações, realização de reuniões bem como atendimentos conjuntos, apoio por telefone, e-mail, etc. As ações compartilhadas no território devem ser sempre realizadas de forma articulada com as eSF, sendo possível o desenvolvimento de projetos de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio a grupos, trabalhos educativos e de inclusão social, enfrentamento de situações de violência e ruptura social e ações junto aos equipamentos públicos. Já as ações específicas do profissional NASF com usuários e/ou famílias, devem sempre ser precedidas de encaminhamento por parte das eSF, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pela situação. Segundo orientações do MS, o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2010).

A constituição de uma rede de cuidados também é uma das estratégias essenciais dentro da lógica do NASF, sendo responsabilidade da equipe NASF juntamente com as eSF criar espaços de discussão internos e externos visando o aprendizado coletivo e superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado.

Tendo como base as orientações para a atuação do NASF e sendo a integralidade sua principal diretriz, entende-se como de extrema importância a atuação do assistente social nesse espaço, principalmente ao se compreender a integralidade em seus três sentidos:

- (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;
- (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010, p.16).

Levando-se em conta a integralidade, a eSF precisa compreender o indivíduo e a comunidade numa visão abrangente, que leve em conta o contexto onde estão inseridos, também pressupõe realizar processos de territorialização, de planejamento participativo, de fortalecimento dos espaços de controle social para além de intervir apenas no processo saúde-doença. A inclusão do assistente social, portanto, é fundamental na medida em que sua atuação na APS e, em especial no NASF, é organizada a partir dos princípios do SUS para a APS e das diretrizes da

ESF e do NASF: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a equidade, a territorialização e adscrição da população e a participação social.

O assistente social inserido na APS e no NASF, respaldado pelas leis orgânicas da saúde, tem subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da *universalidade de acesso*, onde todos tenham atendimento independente de raça, classe social, religião, etc; e *da integralidade da assistência*, onde seja considerada, por todos os profissionais da saúde, a realidade econômica e social do usuário, visando, com isso, um atendimento articulado e contínuo das ações e serviços de saúde. O assistente social também pode contribuir levantando dados sobre a realidade socioeconômica dos usuários; *divulgando e propiciando o acesso às informações pelos usuários*, visto que o assistente social tem a seu favor sua prática educativa que traz a informação perpassada em todas as suas atividades; e *incentivando a participação da comunidade* junto a órgãos legitimados de participação e controle social, ampliando com isso, seu campo de atuação.

Nessa lógica, o profissional pode contribuir com a participação social, a acessibilidade, o vínculo e a integralidade da atenção na medida em que desenvolve ações de cunho educativo na prestação de serviços sociais que viabilizam o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que as necessidades e os interesses dos sujeitos de direito ganhem visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos. Assim, os profissionais afirmam o compromisso com os direitos e interesses dos usuários e com a qualidade dos serviços prestados (IAMAMOTO, 2006).

O profissional de Serviço Social, através da sua prática político-pedagógica, insere-se em processos de luta pela defesa e ampliação dos direitos, mediante garantia de princípios de universalização das políticas sociais e democratização da gestão estatal. Seu exercício profissional está pautado em ações que socializam informações e alargam canais de incentivo à participação e ao controle social por parte da sociedade civil permitindo ampliar sua possibilidade de ingerência na coisa pública (IAMAMOTO, 2004).

Pode-se afirmar, portanto, que o assistente social é um profissional que pode contribuir significativamente na APS na medida em que sua atuação contribui para a ampliação do olhar sobre a saúde, tendo como base os determinantes sociais da saúde, e contribui para a construção de redes de suporte social, imprescindível para o trabalho do NASF.

A inclusão do assistente social no NASF também está em consonância com os princípios éticos e políticos da profissão e do projeto de Reforma Sanitária e suas ações, segundo orientações do MS, deverão se situar como

espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adscritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2010, p.88).

Não é a toa, portanto, que junto ao NASF, o assistente social é chamado para atuar em ações de intersectorialidade, articulação de redes sociais e da participação cidadã e que sua atuação deve partir da compreensão de que o direito à saúde se faz pela promoção da cidadania. Suas ações junto às eSF devem voltar-se portanto, para articulações intersectoriais, educação e mobilização em saúde e formação de redes de proteção social (BRASIL, 2010). O trabalho interdisciplinar e integrado com as demais equipes também se torna fundamental junto ao NASF.

A área estratégica do Serviço Social no NASF se constrói tendo com base o espaço do território onde se encontram os indivíduos, suas famílias, a comunidade, os equipamentos sociais públicos e privados e uma infinidade de redes que fazem daquele espaço vivo e dinâmico. Sendo assim, a territorialização e a adscrição da população às eSF também são diretrizes que podem ser estimulados pelo assistente social.

Segundo Sodré (2010), o território tornou-se foco da ação da APS e os hábitos e as manifestações da cultura local parte dos determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, as dinâmicas dos territórios são dinâmicas locais com influências das políticas mundializantes, sendo que a cultura se manifesta nesse diverso e os hábitos tornam-se fonte primária para trabalhar a saúde como produto final da ação profissional. Em outras palavras, o trabalho junto ao território requer uma ação política por excelência e “dinamizar redes, ativar e conhecer as dinâmicas produtivas dos territórios, conhecer hábitos e cotidianidade da coletividade” torna-se um trabalho característico do profissional de Serviço Social (SODRÉ, 2010, p.464).

A aproximação territorial favorecida pela ESF propicia uma interação maior com o usuário e maior potencialidade de intervenção

referente às questões sociais, pelo fato de que ao se observar os complexos (culturais, históricos, políticos dentre outros) que compõe a totalidade apreendida, uma vez que o contato permanece contínuo, é possível desenvolver um planejamento mais assertivo para intervenção na realidade local evitando, assim, ações emergenciais e burocráticas por parte do profissional.

Exigem-se dos profissionais, portanto, competências nas dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais e habilidades no que tange à capacidade de comunicação, realização de uma escuta qualificada, capacidade de articulação das redes comunitárias, fortalecimento de parcerias entre equipe e comunidade e as outras políticas públicas setoriais, mediação entre usuários e eSF e entre os próprios membros das equipes, entre outros (BRASIL, 2010).

Segundo as orientações do MS, o assistente social que atua no NASF tem alguns objetivos e ações pré-estabelecidas (Quadro 2).

Quadro 2 – Objetivos e ações do assistente social no NASF

Objetivos do assistente social no NASF	Ações a serem realizadas pelo assistente social no NASF
Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;	Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF;
Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;	Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;	Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;	Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social;

Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;	Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;
Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;	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 equipes de SF e a comunidade;
Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;	Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;	Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;
	Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
	No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar.
Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;	Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.	Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF;

<p>Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde (CLS), Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos do Idoso e demais Conselhos de direitos, Reuniões da Comunidade, e outros.</p>	<p>Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de SF;</p>
---	---

Fonte: Quadro construído pela autora com base em Brasil (2010).

Esses objetivos e ações evidenciam a amplitude da atuação do assistente social inserido no NASF para além das ações clínico-assistenciais e ações restritas à UBS. Permite ao profissional ressignificar sua atuação utilizando o espaço do território para o desenvolvimento de diversas ações, mais amplas, como a mobilização social, a construção e articulação de redes de apoio no território, a realização de pesquisa com vistas a caracterização da população atendida pelas eSF, entre outros. Ações fundamentais para a mudança do olhar sobre a saúde, entendendo-a em seu conceito ampliado, e para a mobilização em prol da garantia do direito à saúde pública, gratuita e de qualidade.

Assim, os objetivos e ações potencializam ações coletivas e de apoio às eSF, visando ampliar sua atuação, seu conhecimento acerca da realidade social do território de abrangência e sua resolutividade.

Para o desenvolvimento dessas ações, o assistente social deve se utilizar de estratégias metodológicas que devem ser vistas como dialeticamente articuladas, como, por exemplo, a abordagem individual, familiar, grupal e de rede social, visitas domiciliares e institucionais, grupos educativos e/ou de convivência, estudo social, aperfeiçoamento, formação e produção de conhecimentos, intervenção coletiva e planejamento e gestão; e de ferramentas já utilizadas na área da saúde como o apoio matricial, já apresentado, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PTS) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

A pactuação do apoio pode ser definida por duas principais atividades: 1) a avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, eSF e Conselhos de Saúde, visando formar a equipe do NASF e constantemente avaliar sua implantação, assim como a necessidade de ampliação, modificação, transformação, etc; e 2) pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre

gestores, equipe do NASF, eSF e participação social. Essa pactuação é fundamental para o estabelecimento e avaliação dos objetivos a serem alcançados, dos problemas prioritários a serem abordados pelas equipes, dos critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, dos critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e como forma de estabelecer formas de gerenciamento resolutivo de conflitos (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada está relacionada com a necessidade de se ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades do usuário 1) ampliando a compreensão do processo saúde doença; 2) construindo de forma compartilhada entre os profissionais os diagnósticos e terapêuticas; 3) ampliando o objeto do trabalho das eSF; 4) transformando os meios e instrumentos de trabalho, principalmente no que se refere à comunicação entre as equipes e a gestão do trabalho; e 5) oferecendo suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Já o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, ofertadas para um indivíduo ou grupo, que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial (BRASIL, 2010). Em outras palavras, o PTS é um instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre a equipe e o usuário e que contribui para a eficácia dos tratamentos em saúde, visto que a ampliação da comunicação entre os atores envolvidos fortalece os vínculos e amplia o grau de corresponsabilização (BRASIL, 2009b). A construção de um PTS deve levar em conta quatro momentos: 1) o diagnóstico e análise da situação apresentada; 2) a definição de ações e metas a curto, médio e longo prazo a serem desenvolvidas pelos profissionais e pelo usuário; 3) a divisão de responsabilidades pela execução do PTS e pelo monitoramento de cada ação, sendo interessante que o profissional com maior vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o contato; e 4) reavaliação, onde se discute a evolução da situação e se faz as devidas correções de rumo, caso necessário (BRASIL, 2014).

Por último, o PST pretende ser uma estratégia das eSF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção de saúde junto ao território. Para isso, leva em conta seis momentos: 1) identificação de uma área e/ou de uma população vulnerável ou em risco onde se pretende atuar; 2) justificativa da priorização dessa área ou população; 3) compreensão do processo histórico e social singular daquele território; 4) definição de objetivos das equipes com relação à área ou à população; 5) estabelecimento de ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos; e 6) identificação de outros atores sociais e

instituições que poderiam contribuir com o PST. O PST é baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, visando funcionar como um catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida da população e redução das vulnerabilidades num território determinado.

Todas essas ferramentas devem servir como base para as ações profissionais desenvolvidas junto ao NASF. É importante mencionar, todavia, que a categoria profissional ainda não conseguiu garantir que o número de assistentes sociais seja ampliado nas unidades de saúde de forma a fazer com que todos os objetivos e ações do assistente social do NASF, assim como a proposta de qualificar a intervenção dos trabalhos com as famílias e as redes sociais dos territórios do SUS fossem alcançados (SODRÉ, 2010).

Ainda vigora, na maior parte das unidades de saúde do Brasil, principalmente nos municípios onde a lógica do NASF prevalece como é o caso de Florianópolis, que somente um assistente social dê conta de todo o trabalho com a população local adscrita. Segundo Sodré (2010), não é preciso rever as formas de intervenção do trabalho social do assistente social com os moradores das mais diversas regiões, mas sim “rever os critérios do SUS, que se baseiam em quantitativos de habitantes que só se tornariam possíveis de ser trabalhados de forma fordista, em massa” (SODRÉ, 2010, p.464), pois não é esta a intenção de um trabalho qualificado nos territórios para alcançar a política de saúde que se almeja.

Aqui, faz-se importante resgatar a discussão acerca do projeto ético político profissional e das competências e atribuições do assistente social para se compreender o processo necessário ao assistente social para contribuir na busca de uma política de saúde de caráter universal.

O projeto ético político profissional está pautado nas lutas sociais das classes trabalhadoras e na construção de uma nova ordem societária e, é com base nesse projeto, que segundo Iamamoto (2004) consiste na articulação entre a dimensão macro societária – que implica o reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta considerando seus limites e possibilidades – e a dimensão profissional que compreende as respostas técnico-profissionais que os assistentes sociais devem desenvolver na área da saúde e em outras áreas de atuação.

Para isso, deve ter claro suas atribuições e as competências profissionais, cuja base normativo-legal encontra-se calcada na Lei nº 8.662/1993 que regulamentava a profissão e que são materializadas na arena contraditória de disputa entre o projeto profissional e nas relações

estabelecidas com os demais projetos profissionais, condicionado à lógica da sociedade baseada no modo de produção capitalista enquanto projeto societário hegemônico (CAMARGO, 2009).

Para sua intervenção, o profissional deve estar apoiado em três competências principais: *ético política*, *teórico metodológica* e *técnico operativa*. A *competência ético política* prevê que o assistente social não é um profissional neutro, ou seja, sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional se posicione politicamente frente às questões que aparecem na realidade social e estabeleça uma direção social para a sua prática. A *competência teórico metodológica* pressupõe a qualificação do profissional para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural na qual está inserido e realiza sua intervenção. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que permita ao profissional enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, ou seja, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais. Por fim, a *competência técnico operativa* pressupõe o conhecimento e apropriação por parte do profissional de um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo tempo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições, garantindo uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social (IAMAMOTO, 2004).

É a partir dessas competências e na direção do projeto ético político profissional que cabe ao assistente social um papel importante nos processos de construção da integralidade e da participação social, conferido pelo saber significativo que tem nesses âmbitos.

A intervenção profissional na área da saúde, em especial na APS, pode ser rica e ampla, principalmente se o número de profissionais que atuam nesse campo estiver adequado às demandas e necessidades sociais apresentadas pelo território, equipes e população. Na APS, as ações profissionais têm papel fundamental na construção da integralidade em saúde. Integralidade entendida como princípio dotado de vários sentidos que “consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação” (MIOTO; NOGUEIRA,

2007, p.278). Nessa perspectiva a integralidade está calcada em dois pilares básicos que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

A interdisciplinaridade, segundo Junqueira (2004) pode ser compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional viabilizadora de um olhar ampliado acerca das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais. Esse olhar visa integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde. Na APS, a interdisciplinaridade encontra-se ainda em fase de construção.

Já a intersetorialidade possui várias compreensões fundamentais para seu entendimento em uma lógica de totalidade, porém, para fins desse trabalho, não será possível esgotar cada uma delas. De modo geral, a intersetorialidade pode ser compreendida no sentido de *complementariedade dos setores* ou como *prática*, como *articulação política na gestão pública, otimização de recursos públicos* ou como *trabalho com redes*²⁵ (TUMELERO, 2012).

Para fins desse trabalho a intersetorialidade é compreendida como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas com vistas à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população. Isso exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (JUNQUEIRA, 2004). A intersetorialidade pode ser concebida, portanto, como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado, atendendo justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde (JUNQUEIRA, 2004).

A possibilidade de realizar ações de promoção da saúde com atuações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais evidencia-se como ferramenta essencial como perspectiva de atendimento as demandas coletivas, partindo do entendimento de saúde ampliada.

Na APS, a atuação com base na intersetorialidade é condição para sua não restrição ao primeiro nível, mas, ao contrário, ser base de toda a atenção em saúde, contemplando inclusive os determinantes sociais da

²⁵ Para saber mais sobre o assunto ver Tumelero (2012).

saúde. Em outras palavras, a atuação intersetorial é condição para uma APS abrangente (GIOVANELLA et al, 2009).

As ações e serviços de saúde não podem ser vistas, portanto, de forma isolada, prevê intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população (KRUGER, 2010). Essa visão ampliada, de totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais torna-se importante e necessária nesse processo.

É com essa perspectiva que alguns autores, a partir de estudos realizados com assistentes sociais que atuavam na área da saúde, propuseram a sistematização das ações profissionais nesse campo de atuação, entre eles, destacam-se Costa (2000), Vasconcelos (2006; 2007), Miotto e Nogueira (2007), Miotto e Lima (2009), entre outros.

Para Costa (2000), o assistente social organiza suas atividades profissionais na área da saúde a partir de quatro campos ou eixos de inserção: *a) ações de caráter emergencial assistencial*, expressas nas atividades de agilização de internamentos, exames e consultas, obtenção de transporte, medicamentos órteses, próteses, etc, por exemplo, e que se constituem emergências sociais na medida em que “interferem no processo saúde doença e no acesso aos serviços de saúde, geralmente intrinsecamente relacionadas às precárias condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços de saúde e demais políticas sociais públicas” (COSTA, 2000, p.45); *b) educação, informação e comunicação em saúde*, cujas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas ao usuário, família e à coletividade, com vistas a esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas; *c) planejamento e assessoria*, que consistem na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS e cuja finalidade é qualificar os recursos humanos na esfera operacional das unidades e envolvem a instrumentalização de equipes para atender as novas exigências do modelo de gestão e financiamento do sistema de saúde; e por fim, *d) mobilização e participação social*, cujas atividades estão voltadas para a mobilização da comunidade. Essas atividades consistem basicamente “em ações educativas, voltadas para a sensibilização, articulação e mobilização da comunidade no sentido de explicar e convocar usuários e trabalhadores do SUS a participarem dos processos de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde” (COSTA, 2000, p.46). Nesse sentido, constituem atividades de cunho político-organizativo e socioeducativo.

Já na pesquisa realizada por Vasconcelos (2006; 2007), a autora apontou para o fato das atividades do assistente social estar organizadas

independentemente do tipo de unidade de saúde, das demandas e das diferenças entre os usuários atendidos. Para a autora, os assistentes sociais seguem uma lógica de organização desenvolvendo ações no plantão; no plantão e em programas; ou somente em programas e projetos²⁶, remetendo à postura passiva dos profissionais frente às rotinas e solicitações institucionais. A pesquisa demonstrou que os profissionais, em sua maioria, desenvolvem uma prática que não remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas.

Ambas as pesquisas, elucidam acerca da intervenção profissional que vinha acontecendo por parte dos profissionais, porém, para fins desse trabalho, se assumirá a discussão trazida por Mioto e Nogueira (2007) e Mioto e Lima (2009) como base para a compreensão acerca das ações profissionais e dos eixos de intervenção do assistente social.

Para Mioto (2001 *apud* LIMA, 2004, p.61), a ação profissional pode ser definida como um

conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais quanto fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais.

A ação profissional precisa ser entendida pela ótica da totalidade, ou seja, isso significa entendê-la em suas múltiplas relações com a esfera da produção e reprodução da vida social, com instâncias de poder e representações culturais que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e das ações profissionais ao longo dos anos (IAMAMOTO, 2004). A ação profissional pode ser considerada a categoria mais básica da prática ou intervenção profissional.

De acordo com Mioto (2006 *apud* MIOTO; NOGUEIRA, 2007), as ações profissionais se estruturam no conhecimento da realidade e dos

²⁶ Para saber mais sobre o assunto ver Vasconcelos (2006).

sujeitos para os quais se destinam assim como na definição de objetivos, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Ainda implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas.

As ações profissionais, seja no campo da saúde ou em outros campos de atuação profissional, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam a eixos/ processos na medida em que se aproximam ou se diferenciam entre si (MIOTO; NOGUEIRA, 2007).

Nessa perspectiva, as ações profissionais são estruturadas a partir de eixos de intervenção dialeticamente articulados, a saber: *os processos socioassistenciais, os processos de planejamento e gestão e os processos político-organizativos* (MIOTO, 2003 *apud* LIMA, 2004).

Os *processos socioassistenciais* estão pautados em ações que visam à intervenção direta com os usuários, principalmente famílias e segmentos sociais vulneráveis e que buscam responder suas demandas/necessidades mais urgentes e particulares “numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais” (MIOTO, NOGUEIRA, 2007, p.284). A intervenção nestes processos acontece privilegiadamente no contexto institucional e as ações são classificadas em quatro categorias: ações periciais, ações socioemergenciais, ações socioterapêuticas e ações socioeducativas. As ações periciais dizem respeito àquelas ações que têm por objetivo “elaborar parecer social ou pareceres técnicos coma finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra referência” (MIOTO, NOGUEIRA, 2007, p.285). As ações socioemergenciais estão relacionadas às demandas que se revestem pelo caráter de urgência, ou seja, àquelas relacionadas às necessidades básicas dos usuários e duas família, como por exemplo, cesta básica, serviço funerário, etc. As ações socioterapêuticas²⁷ têm como objetivo o apoio diante do sofrimento individual e/ou grupal vividos pelos usuários em momentos críticos

²⁷ Nos anos de 2007 e 2008, a Comissão de Orientação e Fiscalização do CFESS fez um estudo acerca das práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social, concluindo que, muitas delas, apresentavam uma natureza conservadora e em desacordo com o projeto ético político profissional, entendendo que a dimensão subjetiva não faz parte da atribuição privativa e nem e competência do assistente social (CFESS, 2008). Dessa forma, em 2010 foi publicada a Resolução CFESS, nº 569, de 25 de março de 2010, que deva a realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social.

como mortes, recebimento de diagnósticos, etc e também as ações terapêuticas vinculadas à área da saúde mental. Por fim, as ações socioeducativas são àquelas vinculadas ao movimento de reflexão entre profissionais e usuários, que, através da informação e do diálogo buscam alternativas para suprir as demandas dos usuários.

Já os *processos de planejamento e gestão* correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas em nível de gestão, no âmbito das instituições e serviços e em nível de planejamento e gestão de serviços sociais em instituições públicas ou privadas. Envolvem ações em programas e na sistematização das ações profissionais (MIOTO, NOGUEIRA, 2007).

E, por fim, os *processos político organizativos* correspondem a uma forma de intervenção profissional que consiste em ações de assessoria, mobilização e consultoria aos movimentos sociais e instituições da sociedade civil com a finalidade de universalização do acesso, da ampliação e da efetivação dos direitos socialmente adquiridos (ALVES, 2004). Assim, processos político organizativos desenvolvem ações baseadas na “lógica da pluralidade e cidadania” (LIMA, 2004, p.1) e estão voltados para empoderamento da sociedade civil, a fim de que se tornem sujeitos autônomos e críticos e que possam atuar efetivamente no controle social. O Serviço Social atua, aqui, contribuindo para o processo de politização e para a ampliação da representatividade da população frente aos diversos espaços de poder.

A sistematização da intervenção profissional em eixos/processos oferece um norte para os assistentes sociais na medida em que contribui para a clareza e para a organização da intervenção profissional, porém é fundamental explicitar que ela não pode limitar a atuação profissional. Ao contrário, deve seguir de referência para a ampliação da atuação profissional, seguindo os preceitos do projeto ético político profissional. Da mesma maneira, os eixos propostos por Miotto e Nogueira (2007) não são limitados à área da saúde, mas ao contrário, devem ser pensados independentemente da política social ou da área em que se atua.

Mais recentemente, com base nas pesquisas realizadas por Costa (2000), Vasconcelos (2006; 2007), Miotto e Nogueira (2007) e, partindo ainda da necessidade de responder a um histórico pleito da categoria profissional em torno de orientações gerais para subsidiar a atuação do assistente social na área da saúde, o CFESS (2010) sistematizou parâmetros para atuação do assistente social na área da saúde. Os parâmetros visam expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde e foram organizadas também a partir de eixos que são articulados e complementares.

Construído no período entre julho de 2008 e junho de 2009 a partir de reuniões realizadas pelo conjunto CFESS/CRESS, grupos de trabalhos e seminários para a discussão da temática, contou com a participação de inúmeros assistentes sociais de diferentes cidades do país. O documento final, publicado em 2010, caracteriza a atuação do assistente social na saúde tendo como referência as atribuições e competências profissionais e estabelece ações mínimas divididas em quatro eixos de ação profissional: ações de atendimento direto ao usuário; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; e ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

O eixo de *atendimento direto ao usuário* aponta para ações realizadas diretamente com usuários. Nesse eixo predominam ações de natureza socioassistenciais, ações de articulação intersetorial ou de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas.

Nas ações de natureza socioassistenciais, o profissional de Serviço Social deve atuar diretamente com o usuário, visando o atendimento às suas demandas. É importante, porém que o assistente social transponha o caráter emergencial e burocrático das ações e dê uma direção socioeducativa às ações, visando mobilizar os usuários para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Nessas ações encontram-se orientações e encaminhamentos com vistas à democratização das informações; a construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes da saúde; abordagens individuais e familiares visando enfatizar os determinantes sociais da saúde; a criação de mecanismos e rotinas de ação que facilitem o acesso ao usuário aos serviços; mobilização da rede de serviços; o fortalecimento dos vínculos familiares; criação e implementação de protocolos e rotinas de ação que organizem, normatizem e sistematizem o cotidiano do trabalho; a formulação de estratégias de intervenção profissional e o subsídio à equipe de saúde; o registro das informações em prontuário único, ressaltando as informações sigilosas; elaboração de estudos socioeconômicos que subsidiem na construção de laudos e pareceres sociais; emissão de manifestação técnica em matéria de Serviço Social em pareceres técnicos e conjuntos; entre outros (CFESS, 2010). Vale dizer que instrumentos como visitas domiciliares, visitas institucionais, reuniões, grupos, entre outros podem ser utilizados pelo profissional visando a realização das ações descritas.

Nas ações de articulação com a equipe de saúde, se inclui ações desenvolvidas em conjunto com as equipes e de caráter interdisciplinar e

intersetorial para o atendimento das demandas dos usuários dos serviços de saúde. Aqui, destacam-se ações que visam ao esclarecimento das atribuições e competências profissionais à equipe de saúde; a elaboração de propostas de trabalho interdisciplinar; a construção e implementação de propostas de treinamento e capacitação da equipe; discussões sobre o modelo assistencial implementado nos serviços de saúde e a elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimentos da equipe; a atuação em diversos programas, projetos e clínicas juntamente com uma equipe multiprofissional; participação em projetos de humanização do serviço em que o assistente social atua; entre outros (CFESS, 2010).

E no que se refere às ações socioeducativas, essas ações consistem em orientações reflexivas e a socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática (CFESS, 2010). Essas ações devem se constituir no eixo central da atuação do assistente social na área da saúde e entre elas encontram-se: sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais; realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo ações na sala de espera; elaborar e divulgar materiais socioeducativo; realizar atividades em grupos com usuários e suas famílias, entre outros (CFESS, 2010).

O eixo de *mobilização, participação e controle social* envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social em espaços de controle social e nas lutas em defesa da garantia ao direito à saúde. As atividades realizadas nesse eixo têm como objetivo contribuir na organização da população enquanto sujeitos políticos (CFESS, 2010).

O terceiro eixo, intitulado *investigação, planejamento e gestão*, envolve um conjunto de ações que “tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010, p.60). Nesse eixo o profissional de Serviço Social deve atuar na gestão e no planejamento visando a intersetorialidade e a saúde no âmbito da seguridade social.

No último eixo, *assessoria, qualificação e formação profissional* as atividades são voltadas para o aprimoramento profissional tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Envolve a educação permanente dos profissionais, a formação de estudantes da área da saúde e residentes e ações de assessoria. Todas as ações podem ser desenvolvidas tanto no que se refere à equipe de

Serviço Social quanto em relação a outros profissionais da saúde. Já a assessoria é uma ação que pode ser prestada ao profissional, a gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. Pode ser tanto uma atribuição privativa, se for realizada sobre matéria do Serviço Social, quanto uma competência profissional (CFESS, 2010).

Faz-se necessário salientar, que os quatro eixos de atuação profissional envolvem um conjunto de ações desenvolvidas pelo assistente social que devem ser orientadas pelos fundamentos teórico metodológicos, técnico operativos e ético políticos e ter como referência o projeto profissional do Serviço Social. Assim, para a organização dos eixos de ação profissional, é fundamental que o assistente social realize uma atuação competente e crítica e 1) esteja articulado e sintonizado com o movimento de trabalhadores e de usuários que lutam pela efetivação do SUS; 2) conheça as condições de vida e de trabalho dos usuários e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; 3) facilite o acesso a todos os usuários aos serviços de saúde e seja comprometido com a garantia dos direitos sociais não submetendo a operacionalização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS, que tem como base os preceitos da Reforma Sanitária; 4) busque a atuação em equipe visando alcançar a interdisciplinaridade na atenção à saúde; 5) estimule a intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre as políticas de seguridade social com vistas a superar a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; 6) construa e/ou efetive espaços que garantam a participação popular e dos trabalhadores da saúde nas decisões a serem tomadas; 7) elabore e participe de projetos de educação permanente, realizando assessorias técnicas e sistematizando o trabalho desenvolvido, bem como realize investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; 8) efetive a assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde (CFESS, 2010). Ainda, é imprescindível que o profissional leve em conta as atribuições e competências profissionais contidas no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão.

É fundamental destacar, porém, que a publicação dos parâmetros foi seguida de algumas críticas na medida em que, de certa forma, fragmenta o exercício profissional em áreas disciplinares, como saúde, assistência social, educação, área jurídica, etc, e focaliza o debate acerca das competências e ações profissionais a partir das demandas postas pela

política governamental nos termos de suas prescrições e normas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

É necessário ampliar o debate acerca do fazer profissional na medida em que a organização das ações profissionais a partir de eixos de intervenção permite pensá-las sobre diferentes ângulos, viabilizando um aprofundamento da discussão sobre o próprio fazer do assistente social e suas referências teóricas (MIOTO; NOGUEIRA, 2007). Da mesma maneira, a ação profissional deve estar pautada em três pilares: necessidades sociais em saúde, direito à saúde e produção da saúde, como forma de ampliar a atuação profissional. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário; o direito à saúde é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde e envolvem gestão, planejamento, avaliação e controle social e; a produção em saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância em saúde e das práticas de assistência à saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Com isso exposto, e considerando que a organização das ações profissionais também permite refletir acerca da atuação profissional na saúde e nas outras políticas sociais, para fins desse trabalho se adotará como base os eixos estabelecidos por Mioto e Nogueira (2007) e pelo CFESS (2010), a fim de discutir de forma mais qualificada as ações do assistente social na APS no município de Florianópolis.

3.1.1.1 A Atenção Primária em Saúde e a intervenção profissional do assistente social no município de Florianópolis

A APS, no município de Florianópolis, começou a ser “gestada” na década de 1970 aproximadamente, com a abertura da UFSC e a contratação de médicos para atuarem em postos de saúde distribuídos no interior da ilha. Somente com a promulgação do SUS, porém, é que o município passa a desenvolver um processo mais rápido e marcante de descentralização dos serviços de saúde, com maior autonomia técnica e financeira através de repasses de recursos previstos pela Norma Operacional Básica 01/1993 (CONILL, 2002). Nesse período, todavia, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Florianópolis assumiu a modalidade de gestão parcial da saúde, incorporando sob sua gerência apenas serviços de APS.

No ano de 1994 foi assinado um convênio para implantação de 28 eSF no Estado de Santa Catarina, sendo que Florianópolis não aderiu à estratégia. Comparada com outros municípios do Estado de porte

semelhante, observou-se um atraso relativo na implementação da ESF no município. Diversas razões foram enumeradas para explicar esse atraso sendo a mais relevante a questão político ideológica. Apenas com a mudança da orientação política do poder municipal, foi possível a implantação da ESF na capital do Estado (CONILL, 2002).

Florianópolis teve as primeiras equipes e iniciativas de implantação da ESF entre 1996 e 1997 (no primeiro ano, foram implantadas seis equipes cobrindo quatro áreas), numa fase de incipiente capacidade gestora do município na área da saúde (SISSON et al, 2011). Com a NOB 96 e NOAS/SUS/2002 o município passa a ser habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica, ficando sob sua gerência apenas os serviços de APS. A média e a alta complexidade permanecem sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde até o ano de 2007, quando o município aderiu ao Pacto pela Saúde e tornou-se responsável, gradativamente, pela garantia da atenção especializada e pela gestão da média e da alta complexidade no sistema local de saúde (SISSON, 2011).

No período entre os anos de 1997 e 2000, o município passa por uma fase expansionista denominada “internação do PSF” (CONILL, 2002, p.195), onde todas as UBS da rede passam a ser adequadas aos princípios da ESF. Nessa etapa, há uma grande expansão do PACS, sendo Florianópolis a primeira capital a ter cobertura total da população por esse programa. Apesar de operada como modelo assistencial para a rede básica desde 2000, somente em 2007 foi editada a Portaria nº 283/2007 que institucionalizou a ESF como modelo orientador das ações na atenção básica no município, normatizando sua organização e as atribuições das eSF no sistema local de saúde, seguindo os princípios e diretrizes da PNAB (SISSON, 2011). O Quadro 3 elucida a implantação da APS em Florianópolis.

Quadro 3 - Dados e características da implementação do PSF em Florianópolis – 1999-2015

Dados e características	1999	2002	2005	2006	2007	2008	2015
População municipal*	281.930	360.603	396.778	406.564	416.267	402.346	469.690
Cobertura populacional da ESF**	28,8%	41,1%	61,7%	67,8%	71,3%	77,6%	100%
Número de ESF implantadas**	23	42	66	78	84	87	132
Número de Centros de Saúde**	47	47	48	48	48	48	49
Presença de práticas inovadoras preliminarmente identificadas	Centro de Saúde (CS) campo de prática para graduação	CS campo de prática para graduação	CS campo de prática para graduação e pós graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós graduação (residência em SF)	CS campo de prática para graduação e pós graduação (residência em SF)

Habilitação em gestão	Gestão Parcial NOB 96	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Gestão Plena da Atenção Básica NOAS 02	Pacto pela Saúde Termo de Compromisso de Gestão	Pacto pela Saúde Termo de Compromisso de Gestão	
IDH***	0,875	0,881	-	0,875	0,875	0,875	0,875
% da população com menos de quatro anos de estudo (dez e + anos de idade) *	12,5%	-	-	-	12,5%	-	-
Índice de exclusão social	-	0,815	-	-	0,815	0,815	-

Fonte: Adaptado de Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz (2008 apud SISSON, 2011, p.995).

*Fonte: IBGE (2009; 2015).

**Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis (2008/2016).

***Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2011).

Mesmo com a ampliação do número de eSF, pesquisa realizada por Giovanella, et al (2009), aponta que o município de Florianópolis ainda precisava evoluir em relação à APS. Segundo a pesquisa, em 2011, somente 50% das famílias cadastradas pelas eSF buscavam o serviço de saúde para a assistência ou prevenção de saúde, apontando para uma dificuldade dos grupos não prioritários no acesso aos serviços. Somente 28% desse grupo referiu conseguir acesso ao serviço, sendo que o acesso para grupos não prioritários ocorria em apenas um dia na semana.

Na opinião dos gestores do município, a demanda espontânea seria uma das maiores dificuldades da ESF, principalmente porque, segundo Giovanella, et al (2009), os profissionais tinham a visão de que a ESF não deveria contemplar esse tipo de atendimento. Entendiam ser esta tarefa de responsabilidade dos serviços de urgência. No entanto, no ano de 2007, através da Portaria Municipal nº 283/2007 que regulamentou a APS municipal, também normatizou o acolhimento como estratégia para assistir à demanda espontânea.

Outro item indicado na pesquisa foi a necessidade de melhoria no acesso ao atendimento e exames especializados, onde a demora para acesso à atenção de média complexidade era de três meses ou mais, segundo os relatos de 82% dos médicos do município. Esse dado poderia ser justificado devido à recente responsabilização do município pela atenção especializada, que conforme já mencionado ocorreu apenas no ano de 2007, mas também pela falta de recursos investidos na saúde do município, que no ano de 2016, teve seu orçamento cortado em aproximadamente 38 milhões de reais, culminando em maiores filas e num tempo maior de espera para a realização de exames e consultas especializadas.

O último item analisado pela pesquisa apontou ainda que em Florianópolis, o desenvolvimento de ações intersetoriais é recente e com base em projetos específicos. Segundo os entrevistados, o município busca articular as ações de saúde, educação e assistência social, sobretudo em relação ao idoso, criança, população de rua e vigilância sanitária e ambiental. Porém, apesar da saúde da família ser apontada pelos gestores como estratégia potencial ao desenvolvimento de ações intersetoriais; salientam que a participação do setor saúde nas iniciativas intersetoriais do executivo municipal poderia ser ampliada buscando-se um maior protagonismo (GIONAVELLA, et al, 2009).

No decorrer dos anos após a implantação da ESF no município de Florianópolis, apesar de não haver no município uma história de

inserção de outros profissionais que não compunham a equipe mínima da ESF na APS, houve algumas experiências, principalmente no período que compreende os anos de 2002 a 2010, de inserção de outros profissionais na APS do município, entre eles: nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, porém, sempre vinculados ao Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF).

O PRISF era composto por dois subprogramas de residência: O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e se caracterizava por ser um Programa promovido pela UFSC em parceria com a SMS de Florianópolis, que visava à formação de profissionais para atuarem no SUS e na APS de acordo com a Política de Educação Permanente para o SUS. Enquanto estratégia de educação permanente, o PRISF oportunizava uma aprendizagem em equipe multiprofissional inserida na realidade concreta dos serviços de saúde do município e contribuía para a discussão acerca da importância do trabalho multiprofissional na APS incluindo profissões não contempladas pela ESF (VERDI, et al, 2006).

Nesse período, foram construídas propostas de trabalho multiprofissional na APS em que profissionais de Serviço Social, Nutrição, Farmácia e Psicologia pudessem compor as equipes e atuar na APS. A partir do ano de 2007 esses profissionais passaram a atuar em um modelo que pressupunha um profissional por categoria para cada três eSF no máximo, modelo que durou até 2010, quando expandiu-se a implantação do NASF em Florianópolis.

No ano de 2008, o município amplia a ESF com a implantação dos NASF, inicialmente criando um único NASF na região central de Florianópolis. Nesse período, a atuação dos profissionais do NASF era concomitante com a atuação dos profissionais residentes inseridos no PRISF, havendo dois modelos distintos de atuação no município: um onde os profissionais estavam inseridos em uma única UBS atendendo a no máximo três eSF (modelo PRISF) e outro em que o profissional atendia de 15 a 20 eSF (modelo NASF). Por conta da criação do NASF e de um novo modelo que inseria profissionais de diversas áreas profissionais na APS de uma forma mais precarizada que a que vinha ocorrendo no município até então, entre os anos de 2007 e 2008 ocorreram inúmeros debates acerca da implantação do NASF em Florianópolis, envolvendo profissionais, residentes, professores da UFSC e alguns conselhos regionais de categorias profissionais. Os debates giravam em torno da apresentação dos modelos e da defesa da

inserção dos profissionais das diversas categoriais que não compunham a equipe mínima nas eSF. Apesar dessa defesa, o modelo que se efetivou no município foi o modelo trazido pelo NASF, porém a resistência e a defesa da inserção dos profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, entre outros, na APS e, mais especificamente na ESF ainda continua.

Dessa forma, no ano de 2010 o número de NASF foi ampliado para dois e nos anos seguintes para cinco chegando atualmente ao número de 12 NASF. O quadro a seguir elucida a organização das eSF e das equipes NASF distribuídas por DS.

Quadro 4 – Distribuição das eSF e das equipes NASF por DS de Saúde no município de Florianópolis, out/2016

Distrito Sanitário	Número de UBS	Número de eSF	Equipes NASF
Norte	11	31*	2
Sul	12	26*	3
Centro	6	24* + 1 eCR	2
Leste	9	25*	2
Continente	11	35*	3
Total	49	141* + 1 eCR	12

Fonte: Quadro construído pela autora, com base nos dados do CNES/Datusus (2016).

*Esses números incluem as eSF formadas apenas por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/SMS/UDESC.

Como se pode observar no Quadro 4, o DS Norte e o DS Continente são as regiões com maior número de eSF, justificadas pelo número da população habitante desse território, 98.821 e 100.950 pessoas, respectivamente. Há que se mencionar, porém, que o DS Centro, apesar de ter o menor número de eSF, de UBS e de equipe NASF (esse número igualado ao DS Leste e ao DS Norte), possui a maior população, com 103.940 pessoas adscritas, e o maior número de áreas de interesse social, totalizando 22 comunidades e 50% da população residente nessas áreas. Em contrapartida, é um dos DS onde grande parte da população não acessa aos serviços públicos de saúde, por contarem com planos privados para seu atendimento. Outro dado apresentado pelo quadro, é o fato de somente os NASF do DS Sul atenderem a um número adequado de eSF, sendo em média 8,66 eSF por NASF. É importante destacar, porém que o DS Norte já se encontra em fase de ampliação do número de NASF, visando diminuir a

proporção entre eSF e NASF. Em relação aos profissionais, o Quadro 5 apresenta as ocupações que compõem o NASF no município de Florianópolis.

Quadro 5 – Ocupações que compõem o NASF no município de Florianópolis, out/2016

Ocupações	Número de profissionais em 2016
Psicólogo	15*
Farmacêutico	15**
Médico Pediatra	13
Fisioterapeuta	11
Educador Físico	11
Nutricionista	11
Médico Psiquiatra	10
Assistente Social	8***
Terapeuta Ocupacional	0
Médico Ginecologista	0
Médico Homeopata	0
Fonoaudiólogo	0
Sanitarista	0
Médico Geriatria	0

Fonte: Quadro construído pela autora, com base nos dados do CNES/Datasus (2016).

*Uma psicóloga cadastrada como equipe NASF atua 10 horas no NASF e 30 no Consultório na Rua.

**Parte dos farmacêuticos, apesar de cadastrados no CNES como equipe NASF, atua apenas nas farmácias de referência do município.

***Ao todo são 5 assistentes sociais atuando no NASF de Florianópolis, sendo que duas delas aparecem em duplicidade, pois estão cadastradas 20h em dois NASF (totalizando 40h cada uma) e uma, apesar de cadastrada no CNES como equipe NASF, atua apenas no Consultório na Rua.

As informações apresentadas nos Quadros 4 e 5 destacam que no município de Florianópolis, em outubro de 2016 haviam implantadas 141 eSF e 12 NASF. Cabe destacar, porém, que no ano de 2015 foi implementado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMULTISF), que, juntamente com o Programa de Medicina de Família e Comunidade já em vigor, passou a ser ofertado pela SMS de Florianópolis em conjunto com a UDESC visando formar e ampliar o quadro de recursos humanos da APS municipal e, que parte desses

residentes, em especial médicos e enfermeiros, passaram a compor a eSF.

Essa ação, culminou num resultado, em 2015, de 100% de cobertura populacional pela ESF e 80% de cobertura para as eSF pelo NASF, sendo Florianópolis o primeiro município/capital a atingir 100% de cobertura de eSF no país. É importante mencionar, porém, que o município de Florianópolis somente atingiu o número de 100% de cobertura pela ESF devido à inclusão, junto ao CNES, dos residentes do PREMULTISF/UDESC, ou seja, se por um lado a SMS está investindo na formação de profissionais para atuarem no SUS, pelo outro, os residentes estão assumindo o lugar de profissionais de saúde efetivos na SMS, comprometendo os princípios de longitudinalidade, formação de vínculo, entre outros, preconizados pela APS. Da mesma forma, os 80% de cobertura atingidos pelo NASF do município não levam em consideração a precarização do trabalho dos profissionais que atuam em mais de um NASF ou numa proporção de equipes diferente da preconizada pelo MS.

Os quadros também remetem para a realidade de desacordo em relação à Portaria nº 3.124/2012, visto que cada NASF no município é responsável por, em média, 11,75 eSF, e não de cinco a nove eSF como preconizado. Da mesma forma, observando o número de profissionais cadastrados no NASF, verifica-se que profissionais como assistentes sociais, psiquiatras, educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas também atuam em desconformidade com a normativa se considerarmos que não há 12 profissionais dessas categorias atuando no município - número mínimo para ter um profissional por NASF.

No caso dos assistentes sociais, a situação é ainda mais crítica, apesar de no CNES estarem cadastrados oito profissionais, um deles atua no Consultório na Rua e não no NASF e dois profissionais estão cadastrados em dois NASF, com 20 horas semanais em cada um. Ou seja, na realidade, cada assistente social do NASF no município atua em, no mínimo, dois NASF ou com 23 eSF em média, gerando sobrecarga e a precarização do trabalho profissional, desqualificando e impossibilitando a realização de um trabalho mais amplo e qualificado como preconizado pela legislação nacional. Porém, não é somente a desproporção do número de eSF por profissional NASF que vem desqualificando a atuação do assistente social no NASF em Florianópolis, outras ações realizadas pelo município, como a publicação da Carteira de Serviços e, posteriormente, da Política

Municipal de Atenção Primária em Saúde (PMAPS) também trazem desafios a serem enfrentados pelo profissional.

Desde 2007, o município tem desenvolvido ações para ampliar a APS e o acesso a ela pelos usuários, como, por exemplo, mudanças na organização da rotina das UBS, ampliação do acesso e do acolhimento de demandas espontâneas pelas equipes e investimento em ampliar os recursos humanos que atuam na APS. Pensando nisso, no ano de 2014 foi publicada a Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis. Elaborada por um grupo de trabalho formado por profissionais da gestão e dos serviços da APS municipal ao longo de 2013, a Carteira de Serviços revisa e define normas de funcionamento das equipes e serviços da APS municipal e tem como objetivo diminuir as iniquidades na oferta de ações e serviços, ampliando a abrangência e melhorando a qualidade da APS (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Foi criada para ser referência para a organização e gestão do trabalho das equipes e serviços; definição das atividades assistenciais oferecidas; definição de padrões de desempenho para profissionais, equipes e serviços; definição de necessidades de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado para profissionais das equipes da APS e para a organização das atividades docente assistenciais de graduação e pós-graduação desenvolvidas na rede de saúde municipal (FLORIANÓPOLIS, 2014).

De maneira geral, a Carteira de Serviços define que a APS municipal deve ser organizada em conformidade com a ESF, sendo as UBS porta de entrada preferencial da rede municipal de saúde. Em relação às eSF, eSB e equipes NASF, a Carteira de Serviços define que devem atuar com base na definição do território, mapeamento e área adscrita, tendo como visão uma população adscrita de até 3.000 pessoas por eSF e tendo como foco atender às demandas e necessidades da população, com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Assim, por um lado, a Carteira de Serviços foi positiva, na medida em que auxiliou na organização do processo de trabalho da APS minimizando as iniquidades dos serviços e facilitando o acesso à população.

Por outro lado, porém, a Carteira de Serviços estabeleceu que todos os profissionais da APS devem estar disponíveis para atendimentos de demanda espontânea e de demanda programada, sendo que, para médicos, enfermeiros e dentistas, em todos os turnos, devem ser destinadas 50% da agenda para atendimentos a demanda espontânea (FLORIANÓPOLIS, 2014). Antes mesmo da Carteira de Serviços ser

publicada, algumas eSF já atuavam no atendimento de demandas espontâneas, sendo que a partir de 2014, as eSF de Florianópolis têm buscado organizar o processo de trabalho sob essa lógica, porém o que se observa é uma sobrecarga ainda maior sobre os profissionais que compõem a eSF, principalmente para a equipe de enfermagem, que acaba se responsabilizando por todos os acolhimentos que ultrapassam os 50% previstos para a agenda médica, visto que outra prerrogativa da Carteira de Serviços é a realização da escuta qualificada em todo o horário de funcionamento das UBS, ou seja, ouvir a demanda, avaliar o risco e vulnerabilidade e encaminhar adequadamente todas as situações que chegarem a UBS. Além disso, percebe-se, em decorrência dessas normativas, uma diminuição, quando não escassez, de ações de promoção e prevenção da saúde, interferindo diretamente na atuação dos profissionais NASF, entre eles o assistente social, visto que com a sobrecarga das eSF, são dificultados os momentos de atendimento, visitas domiciliares, matriciamentos, grupos, ações na comunidade, entre outros, preconizados para serem realizados em conjunto entre NASF e eSF.

No que se refere ao NASF, a Carteira de Serviços normatiza que a equipe NASF deve desenvolver suas atividades nas UBS e em outros pontos da rede de atenção e do território, preferencialmente na área de abrangência das equipes apoiadas e que os atendimentos realizados pelo NASF devem ser regulados pelas eSF, salvo quando encaminhadas conforme fluxos previamente definidos pela gestão municipal ou pelas eSF e NASF em comum acordo, e em casos de urgência ou situações imprevistas em que o profissional do NASF seja o recurso mais acessível no momento (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Com a PMAPS, publicada em 09 de novembro de 2016, a SMS buscou organizar ainda mais os serviços da APS no município, porém ao mesmo tempo em que ampliou a APS e contribuiu com as eSF com algumas normativas, também contribuiu ainda mais para a precarização do trabalho das eSF e do NASF.

Assim como a Carteira de Serviços, a PMAPS buscou delimitar e regular a gestão do trabalho das equipes e serviços de atenção primária; delimitar as atividades assistenciais oferecidas nestes serviços; apresentar-se como arcabouço para a definição de padrões de desempenho profissional; definir necessidades de educação permanente e desenvolvimento profissional continuado e organizar as atividades docente assistenciais de graduação e pós-graduação desenvolvidas na rede municipal de saúde. Como inovação, descreveu e normatizou os

setores da APS na SMS, caracterizando o organograma da Diretoria de Atenção Primária em Saúde²⁸ e estabelecendo que os cargos de gestão da estrutura da APS deverão ser ocupados por servidores efetivos com nível superior na área da saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Em relação às eSF, oficializou o cadastro de profissionais e residentes junto ao CNES na composição das equipes, contribuindo, por um lado, para a ampliação do número de eSF no município e, por outro, para a não contratação de profissionais efetivos para atuarem na APS, utilizando os residentes para suprir as necessidades dos serviços.

Em contrapartida, a PMAPS apontou para a redução da proporção entre equipes e população em relação à Carteira de Serviços, entendendo que uma proporção adequada de população por eSF permite a melhor organização do trabalho e a qualificação da oferta de serviços aos usuários. Assim, estabeleceu como imagem objetivo a proporção em torno de 2.500 habitantes por eSF, sendo reduzida para 2.000 em áreas de vulnerabilidade social (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Segundo as mesmas instruções da PNAB, a PMAPS também estabeleceu que cada profissional deve estar cadastrado em apenas uma eSF. Em relação ao NASF, a PMAPS estabelece que cada profissional apoiador da Saúde da Família com carga horária de 40 horas semanais poderá estar vinculado a até dois NASF, ou seja, atuando na prática com uma média de 23 eSF, como já indicado anteriormente, oficializando a precarização do trabalho que já vinha acontecendo.

Segundo a PNAB, da jornada de 40 horas, oito horas podem ser dedicadas para atividades fora da eSF, como atendimentos na rede de urgência municipal, para especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. Já a PMAPS, estabelece que apenas 10% da carga horária do profissional sejam utilizadas para tais atividades, consideradas externas à APS. Por ações externas à APS são consideradas: reuniões de categoria profissional, câmaras técnicas, atividades externas de educação permanente e desenvolvimento profissional, incluindo programas de graduação e pós-graduação, reuniões relacionadas à atividades da Rede Docente Assistencial (RDA), Programa de Educação para o Trabalho (PET) e residência, participação em comissões e grupos de trabalho da SMS, atividades de planejamento, entre outras (FLORIANÓPOLIS, 2016). Em alguns casos, há a possibilidade de liberação de 20% da carga

²⁸ Para saber mais sobre o assunto, consultar Florianópolis (2016).

horária semanal para atividades externas, desde que seja para a construção de produtos específicos e por tempo determinado.

Para os profissionais apoiadores da Saúde da Família, nas semanas em que houver reuniões do NASF ou de categoria profissional, a PMAPS indica que as agendas dos profissionais devem ser rearranjadas de forma a priorizar a oferta assistencial direta à população, novamente indicando a perspectiva que a SMS dá para a atuação dos profissionais do NASF.

No item participação social tanto a PMAPS quanto a Carteira de Serviços estabelecem que apenas os profissionais que atuam como conselheiros podem ter sua participação nas reuniões dos conselhos compensada como hora trabalhada. Para os outros profissionais, a participação nas reuniões dos CLS é facultativa, sem direito a compensação de horas, salvo em casos específicos, onde deve haver convite ou convocação específica do CLS e mediante aprovação prévia pela coordenação da UBS (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Todos esses itens apontam para um retrocesso no que se refere às orientações nacionais acerca do trabalho dos profissionais do NASF. Por atender a mais de uma eSF e atuar em mais de um território é essencial que as ações profissionais sejam mais amplas, principalmente em relação ao Serviço Social. As ações deveriam estar voltadas para a promoção da saúde, para o atendimento prioritariamente coletivo das demandas apresentadas pelas eSF, ou seja, ações no território, com foco na participação e controle social e ações intersetoriais que objetivem atender integralmente o usuário e coletivizar suas demandas, sob pena do profissional NASF apenas atuar de forma pontual, em demandas emergenciais, que cada vez menos serão atendidas por conta da precarização dos serviços e da redução dos recursos da saúde.

Quanto ao processo de trabalho dos apoiadores da Saúde da Família, a PMAPS estabelece que os profissionais atuem no apoio às eSF e eSB e no atendimento à população adstrita. Os profissionais apoiadores devem ser acionados pelas eSF e eSB através dos pontos de contato preestabelecidos para o apoio técnico pedagógico. Esses pontos de contato podem ser tanto presenciais, como nas reuniões de equipe, em horários específicos para matriciamento, entre outros, quanto à distância, sendo que para isso, os apoiadores devem disponibilizar contato eletrônico e acompanhar regularmente a planilha online de casos compartilhados (FLORIANÓPOLIS, 2016).

A planilha de casos compartilhados é uma ferramenta criada pela equipe do NASF do Distrito Centro no ano de 2013 para auxiliar nos

matriciamento com as eSF, sendo uma forma de acompanhamento das situações matriciadas e encaminhadas pela eSF para atendimento da equipe NASF. Inicialmente chamada de lista de gerenciamento dos casos compartilhados entre NASF e eSF apoiada, a planilha foi criada com a finalidade de desenvolver a gestão conjunta do cuidado na AB. As listas foram organizadas de forma separada por eSF vinculada, com foco usuário-centrado, e disponibilizadas a todos os profissionais das eSF assistidas. Assim, foi possível registrar as ações realizadas de maneira sintética, sem ferir o sigilo profissional, uma vez que as informações provenientes dos prontuários não foram utilizadas (SOUZA; MARTINI, 2014).

Através da planilha, é possível acompanhar as filas de espera para cada categoria através da data de encaminhamento e/ou matriciamento da situação e da data do primeiro atendimento; o status de acompanhamento da situação (se a situação está aguardando atendimento, se está em atendimento ou em alta), o profissional para o qual a situação foi encaminhada, entre outras informações. No ano de 2015, a planilha foi disponibilizada para a coordenação dos NASF que propôs algumas modificações e expandiu sua utilização para todo o município, tornando-a uma ferramenta que deve ser utilizada pelos profissionais do NASF e das eSF para gerenciamento das situações matriciadas/encaminhadas.

A planilha é um dos instrumentos da gestão da clínica que visam comunicação ágil, adequada e que mantém a confidencialidade dos pacientes. Além dela, os outros instrumentos são: listas de pacientes; registro em prontuário eletrônico e comunicação eletrônica por e-mail ou outros aplicativos de comunicação. Esses instrumentos compõe, juntamente com a discussão de casos, presencial ou a distância, as ferramentas do compartilhamento de cuidado ofertado ao usuário entre eSF, eSB e profissionais do NASF estabelecidas pela PMAPS.

Ainda, como orientações para o processo de trabalho dos apoiadores da Saúde da Família, a PMAPS, estabelece a realização de atendimento clínico ambulatorial e outras ações de cuidado individual, incluindo atendimento à demanda espontânea, respeitando-se a coordenação do cuidado pela eSF e que os atendimentos clínicos e assistenciais prioritários não necessariamente necessitam de discussão prévia com a eSF, podendo ser realizada posteriormente, ferindo novamente a ideia central do NASF como apoio matricial e não porta de entrada dos serviços.

A PMAPS também normatiza a capacidade assistencial do profissional dos NASF definindo como componentes prioritários do apoio matricial os atendimentos clínicos ambulatoriais e outras ações de cuidado individual, devendo os mesmos representar no mínimo 60% e no máximo 90% da carga horária mensal das atividades de cada categoria, com exceção da Farmácia e da Educação Física.

A PMAPS estabelece ainda atividades mínimas a serem desenvolvidas por cada profissional de cada equipe que compõe a APS. Especificamente em relação ao assistente social, define como diretrizes para a atuação:

- a)** Realizar, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, o manejo de casos complexos, através de: atendimentos específicos, discussão de projetos/planos terapêuticos, interconsultas presenciais e por telefone ou meio eletrônico, apoio à tomada de decisão das equipes em situações complexas, urgentes ou imprevistas;
- b)** Conhecer o território apoiado, contribuindo com informações pertinentes à territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- c)** Apoiar as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal na articulação de recursos terapêuticos do território e das redes de saúde e intersetoriais;
- d)** Realizar atividades colaborativas diretas com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, como consultas conjuntas, visitas domiciliares conjuntas, grupos compartilhados, apoio às atividades coletivas das equipes, entre outros.
- e)** Realizar intervenções específicas dos profissionais de seu núcleo profissional, como consultas individuais ou familiares, grupos específicos, intervenções educativas com profissionais e com a população;
- f)** Realizar atendimentos e outras intervenções e atividades, individualmente ou em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, para pessoas de todas as faixas etárias e com todos os tipos de problemas, dentro

dos limites de seu núcleo profissional e da capacidade tecnológica da Atenção Primária à Saúde;

g) Realizar a gestão e regulação do acesso aos seus atendimentos e intervenções específicos em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e a partir das necessidades destas;

h) Contribuir para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada afins à sua área temática e profissional;

i) Realizar encontros regulares com as Equipes de Saúde da Família apoiadas para discussão de casos e organização, avaliação e execução das outras atividades de apoio, com periodicidade definida em conjunto com Distrito Sanitário e as equipes;

j) Registrar todas as ações realizadas com usuários no sistema de prontuário eletrônico da SMS e instrumentos de registro e acompanhamento do cuidado compartilhado;

k) Colaborar com o desenvolvimento de atividades docente-assistenciais nas equipes e unidades apoiadas;

l) Colaborar com o desenvolvimento das atividades de todos os profissionais de todas as categorias atuando no serviço;

m) Zelar pelos equipamentos de sua guarda comunicando a sua chefia imediata a necessidade de consertos e reparos (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.73-75).

Essas atividades mínimas trazidas pela PMAPS reforçam o caráter clínico assistencial que a gestão municipal pretende dar ao profissional de Serviço Social inserido no NASF. Anteriormente à publicação da PMAPS e da Carteira de Serviços, a atuação profissional estava baseada nas normativas nacionais, que possibilitam uma atuação mais ampla, voltada para ações no território, para ações de mobilização, participação e controle social e para articulação intersetorial. Com a publicação da PMAPS, essas ações ficaram restritas, sendo que as ações de mobilização, participação e controle social nem são citadas pela política.

Visando ampliar um pouco mais as ações do assistente social no NASF, foi pactuado, em uma oficina que envolveu profissionais do

NASF, eSF e gestão da SMS, que o assistente social que atua no NASF, além das ações listadas, deve promover pactos de divisão de trabalho e qualificar a relação da APS com os CRAS de sua abrangência e com os Conselhos Tutelares; realizar a identificação, articulação e ativação da rede de recursos comunitários, governamentais e não governamentais e apoiar as equipes em tratamentos com centralidade de fatores socioeconômicos e no acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, incluindo os participantes de programas assistenciais governamentais.

Como é possível observar, o foco dado pelo município de Florianópolis em relação ao trabalho do assistente social no NASF está mais voltado para o atendimento de demandas individuais e familiares do que o trabalho inserido na comunidade e no território, voltado para a mobilização, participação social e articulação intersetorial. Nesse item, da participação social, a atuação dos profissionais junto aos Conselhos de Saúde é limitada tanto pela Carteira de Serviços quanto pela PMAPS, como já mencionado anteriormente.

Da mesma forma, apesar de destacar ações voltadas para a articulação intersetorial, a Carteira de Serviços e a PMAPS priorizam ações mais assistenciais, restringindo a atuação do profissional prevista pela normativa do NASF nacional e, ao mesmo tempo em que priorizam ações assistenciais pelo profissional NASF, também dificultam a articulação com as próprias eSF, na medida em que a organização proposta para o serviço não dá conta de atender as demandas da comunidade e do trabalho multiprofissional, acarretando num trabalho isolado por parte das eSF e do NASF, em que o matriciamento tem sido deixado de lado em prol do simples encaminhamento, impessoal e distante da proposta preconizada.

Fazendo uma associação com os eixos de intervenção profissional, trazidos por Miotto e Nogueira (2007) e pelos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), é visível que a Carteira de Serviços e a PMAPS orientam a atuação profissional para os *processos socioassistenciais*, principalmente no que se refere às *ações socioemergenciais* ou para o *atendimento direto ao usuário*. Apesar de em alguns momentos também prever ações socioeducativas e as normativas municipais restringem a atuação voltada para os processos de planejamento e gestão ou eixo de investigação planejamento e gestão; para os processos político organizativos ou de mobilização, participação e controle social e para o eixo de assessoria, qualificação e formação

profissional, sendo somente a formação profissional citada em alguns pontos da Carteira de Serviços e da PMAPS.

É importante mencionar, para finalizarmos esse item, que no ano de 2010 foi publicada pela SMS uma Instrução Normativa nº 001/2010, visando definir normas e diretrizes para a atuação do NASF no município. Segundo a normativa municipal estava prevista como área prioritária para o NASF o Serviço Social e os atendimentos específicos dos profissionais NASF não poderia exceder 60% da carga horária mensal, como forma de garantir as ações de apoio matricial às eSF e ao território. Comparando com a legislação atual, é possível verificarmos mudanças significativas nos últimos seis anos, tendo sido deixado de lado a priorização da área do Serviço Social no NASF e a ampliação do foco do NASF nas ações clínicas e assistenciais em detrimento das ações de promoção da saúde e ações coletivas.

Todo esse quadro apresentado está diretamente relacionado à conjuntura nacional e ao contexto trazido na primeira sessão desse trabalho, de focalização das políticas sociais, de precarização do trabalho e de redução dos direitos conquistados a partir da Constituição Federal de 1988.

Um retrato dessa situação ocorreu no início de 2017, com a posse do novo prefeito municipal, que, em duas semanas de mandato, enviou para a Câmara Municipal um projeto de lei que retirava direitos dos trabalhadores conquistados após inúmeros anos de luta. Da mesma forma, extinguiu serviços municipais; unificava todos os Fundos municipais, entre eles o de Saúde, dificultando ainda mais o controle social; reorganizava o organograma de secretarias do município, unificando secretarias como a de Assistência Social com a de Habitação, indo contra as normativas do SUAS; entre outros. Foram necessários 37 dias de lutas e de greve dos servidores para que algumas das propostas enviadas fossem revistas, porém sabe-se que essas ações são apenas o início de uma longa luta contra a redução dos direitos que está por vir.

A perda de recursos para a área da saúde, colocada pela EMC 95/2016 trará ainda mais impactos no âmbito do município, afetando principalmente ações de prevenção e promoção da saúde, que já eram restritas no âmbito municipal.

Assim, em termos de APS, há ainda muito que evoluir no município e muitos desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde e, em especial aos que compõe o NASF, entre eles pelo assistente social. Superar os efeitos da fragmentação que ainda persistem na rede de serviços de saúde do SUS, a precarização dos serviços, os efeitos da

visão biomédica e potencializar a APS como porta de entrada, espaço privilegiado para ordenação e integração do cuidado e das redes de serviços municipais ainda é um dos principais desafios encontrados, principalmente no município de Florianópolis.

3.2 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A vinculação entre a política de assistência social com a profissão de Serviço Social se deu de forma intrínseca desde a implantação do primeiro curso de Serviço Social no Brasil, no estado de São Paulo, em 1936. Na época, a necessidade de superar o modelo de assistência vigente baseou a criação de uma profissão que promovesse o autodesenvolvimento dos indivíduos de forma que não se criasse uma dependência deles às ações de caridade, apesar da formação dos assistentes sociais ter como referencial, inicialmente, o pensamento da Igreja Católica (LUZ, 2015).

Nesse período, requeria-se do Estado medidas de assistência social e proteção ao trabalho que eliminassem situações de conflito e antecipassem o atendimento a reivindicações das camadas populares, sendo o Serviço Social chamado para atuar nessas mediações. Apesar do Serviço Social não ter sido criado pelo Estado, esse setor era o principal recrutador dos assistentes sociais, chamados com o objetivo de ocupar um papel específico dentro da divisão social e técnica do trabalho de diminuir os conflitos sociais, consequência da industrialização (OLIVEIRA, 1989).

Mesmo com a criação do CNSS, em 1937, da LBA, no ano de 1940 - primeira instituição assistencial que proporcionou a expansão do Serviço Social a nível nacional -, e do MPAS, em 1977, prevaleceram a centralidade e a exclusividade da ação federal em prol dos estados e municípios (LUZ, 2015).

Em termos da profissão, no período entre 1945 e 1958, o Serviço Social sofreu influência norte americana, onde a discussão acerca do método e da técnica de trabalho tornou-se foco principal. Nesse período, ainda atuando com o Estado, o assistente social exercia funções relativas à harmonização do capital e do trabalho, orientando suas ações na perspectiva da promoção social. A assistência, nesse período, era considerada como mera ajuda material e financeira e por isso, tais ações foram negadas pelo assistente social e substituídas pelas atividades de

promoção social, visando o desenvolvimento e o bem estar social (OLIVEIRA, 1989).

Nas décadas seguintes, que compreende o período de 1958 a 1965, o Serviço Social voltou-se para ações que superassem o subdesenvolvimento gerador de miséria e subversão. Nesse período desenvolvimentista, o Serviço Social se expandiu significativamente através do método de trabalho com comunidades. Porém, na década de 1960, os assistentes sociais deram início ao chamado Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que se caracterizou pela “busca de modelos metodológicos coerentes com a realidade nacional e pela preocupação de pensar a profissão a partir de seus elementos constitutivos internos” (OLIVEIRA, 1989, p.157). É na década de 1970, com a vertente da intenção de ruptura que o Serviço Social passou a ter o desenho atual.

Segundo Oliveira (1989), a assistência social, historicamente foi negada pelos assistentes sociais seja porque não lhes conferiam o status pretendido na divisão social e técnica do trabalho seja porque, no entendimento dos profissionais, ela servia apenas ao Estado no enfrentamento da questão social.

Somente a partir dos anos 1980, com as mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais ocorridas no país, é que a assistência social passa por mudanças significativas na sua organização, valores, concepções e execução e ganha status de política social, voltando a ocupar um espaço significativo no âmbito das discussões profissionais. Também é a partir do movimento da profissão e da própria sociedade que o assistente social ganhou legitimidade como profissional no campo da intervenção social, ou seja, “o Serviço Social profissional se consolidou como profissão na sociedade brasileira, na medida em que as intervenções do Estado no campo social foram se consolidando, apesar de todas as precariedades das políticas sociais no país” (LUZ, 2015, p.79). Em outras palavras, é com a Constituição Federal de 1988 e com a regulamentação da LOAS que a política de assistência social passa a ser política social pública de caráter universal, onde os Estados e municípios passam a sistematizar suas ações nesse âmbito (CORDOVIL, 2014).

Conforme pesquisa realizada pelo CFESS (2005), com base em dados de 2004, acerca do perfil dos assistentes sociais, 78,16% dos profissionais atuam em instituições públicas de natureza estatal, ou seja, o assistente social no Brasil é majoritariamente um funcionário público, que atua em nível estadual (24%) e municipal (40,97%), na formulação,

planejamento e execução de políticas sociais como saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras.

A ampliação do SUAS e sua expansão por todo o território nacional vem ampliando significativamente o mercado de trabalho para os assistentes sociais e demais profissionais que atuam nessa área. Ainda que a política de assistência social seja um campo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, ela se constitui historicamente como uma das principais mediações do exercício profissional dos assistentes sociais, sendo eles reconhecidos socialmente e, muitas vezes, se autorreconhecendo, como profissionais de referência dessa política (RAICHELIS, 2010).

Segundo a NOB-RH/SUAS, os assistentes sociais, preferencialmente, devem compor as equipes de referência da PSB e especial de média e alta complexidade. Na PSB, mais especificamente, nos CRAS, a NOB-RH/SUAS preconiza uma equipe de trabalhadores responsáveis para a implementação do PAIF e dos serviços e projetos de proteção social básica que varia de acordo com o porte do município e com o número de famílias referenciadas no CRAS. Destaca-se, porém, que em todas as variações, o assistente social faz parte da equipe, demonstrando a importância do profissional nesse campo de atuação e sua relação intrínseca com a política de assistência social nos dias atuais.

3.2.1 A Proteção Social Básica e a atuação do assistente social no PAIF

O termo proteção social refere-se às ações voltadas para resguardar os cidadãos contra situações de risco pessoal e social inerentes aos ciclos de vida. Também está relacionado com o atendimento das necessidades sociais geradas em diferentes momentos e contextos históricos e que se relacionam a inúmeras situações conjunturais e estruturais, sejam elas individuais ou coletivas (BRASIL, 2008).

São diversos fatores que configuram situações de risco ou vulnerabilidade, entre elas, a ausência ou precariedade de renda, o desemprego e o trabalho informal e inseguro, o acesso frágil ou o não acesso aos serviços sociais públicos, a perda ou fragilização de vínculos de pertencimento e de relações sociais e familiares, entre outros (BRASIL, 2008). Portanto, proteção social é um sistema público fundamental e as ações de proteção social devem ser organizadas a partir de um amplo leque de políticas sociais a fim de compor a

seguridade social. A concepção orientadora da proteção social pública incide, portanto, na organização das políticas sociais, na alocação de recursos e no alcance das proteções sociais.

A PSB engloba ações de prevenção, de convivência, socialização, inserção e acolhida voltadas para as famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social decorrentes da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos. Tem como objetivo desenvolver potencialidades e aquisições e fortalecer vínculos familiares e comunitários. Nessa modalidade, estão incluídos serviços, programas e projetos, locais de acolhimento, convivência e socialização e os benefícios de prestação continuada, eventuais e outras formas de transferência de renda. A PSB deve ser executada diretamente nos CRAS ou de forma indireta pelas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS (BRASIL, 2004).

Segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais, como já mencionado, os serviços que compõem a PSB são: o PAIF, que será visto em seguida, o SCFV e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (BRASIL, 2013). O SCFV é um serviço realizado em grupos de acordo com os ciclos de vida (crianças até 6 anos, crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, adolescentes e jovens de 15 a 17 anos, jovens de 18 a 29 anos, adultos de 30 a 59 anos e idosos) de forma a complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. O SCFV deve estar articulado com o PAIF e pode ou não ser realizado nos CRAS. O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários e preconizam o acesso de pessoas com deficiência e pessoas idosas aos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos. Esse serviço é desenvolvido no domicílio das famílias, no território de abrangência dos CRAS e também deve possuir vinculação com o PAIF (BRASIL, 2013).

O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial que executa os serviços de PSB e organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social. O CRAS foi concebido para ser a principal porta de entrada para o atendimento social nos diversos territórios, ou seja, seria a unidade a ser tão conhecido pelas famílias e comunidades como uma UBS ou uma escola. Para isso, devem estar localizados preferencialmente em áreas de interesse e vulnerabilidade social e abranger um total de até 1.000

famílias por ano. Segundo informações do MDSA, através do DataSocial, no ano de 2015, existiam no Brasil 8.155 CRAS, sendo as regiões sudeste e nordeste as que mais apresentavam CRAS implantados.

A incorporação da abordagem territorial na política de assistência social, e principalmente na PSB pressupõe que as ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no SUAS sejam organizadas a partir de um território definido e delimitado (COUTO, et al, 2014).

O território passa a ser a base de organização do SUAS, local onde as ações devem ser planejadas tendo em vista a superação da fragmentação, o alcance da universalidade de cobertura, a possibilidade de planejar e monitorar a rede de serviços existentes, realizar a vigilância social das exclusões e de estigmatizações, entre outros. Porém, é necessário elucidar que o território representa muito mais do que apenas um espaço geográfico, os territórios “são espaços de vida, de relações, de trocas, de construção e desconstrução de vínculos cotidianos, de disputas, contradições e conflitos, de expectativas e de sonhos, que revelam os significados atribuídos pelos diferentes sujeitos” (BRASIL, 2008, p.53). É também o terreno das políticas públicas, onde são concretizadas as manifestações da questão social e criados tensionamentos e possibilidades para seu enfrentamento. Com o princípio da territorialização, os serviços passam a ser implementados mais próximos aos cidadãos e possibilitam a proteção social proativa, antecipando respostas às suas necessidades e facilitando o acesso a política de assistência social (COUTO, et al, 2014).

Para isso, porém, é necessário que a lógica do trabalho junto ao território seja realizada de forma que não represente uma armadilha, ou seja, questões relacionadas às ações que reforçam territórios homogêneos de pobreza, que podem fomentar maior estigma e negatividade por parte da sociedade; a ideia de que grande parte das vulnerabilidades sociais dos usuários das políticas sociais tem origem na dinâmica local e não em processos estruturais e; às noções de risco e vulnerabilidade que responsabiliza os indivíduos devem ser superadas (COUTO, et al, 2014).

A organização dos CRAS por territórios deve pressupor, portanto, a compreensão do território, de seus recursos, da população que ali vive, das relações sociais e de classe que se estabelecem, da identificação das demandas sociais, das carências e das potencialidades locais e regionais que os territórios podem conter, visando superar a visão negativa do território.

Para o desenvolvimento de tais ações, o CRAS conta com uma equipe de referência multiprofissional composta por profissionais de nível superior, entre eles psicólogos e assistentes sociais, e uma equipe de apoio administrativo, de acordo com o porte do município, conforme especificado pela NOB-RH/SUAS e demonstrado pelo Quadro 6.

Quadro 6 – Composição das equipes de referência do CRAS de acordo com o porte dos municípios

Município de Pequeno Porte I	Município de Pequeno Porte II	Município de Médio, Grande Porte, MetrÓpole e Distrito Federal
Até 2.500 famílias referenciadas	Até 3.500 famílias referenciadas	A cada 5.000 famílias referenciadas
2 técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo.	3 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo.	4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS.
2 técnicos de nível médio	3 técnicos de nível médio	4 técnicos de nível médio

Fonte: BRASIL (2006).

Ao contrário da política de saúde, a atuação do assistente social na política de assistência social, no PAIF, se dá na equipe de referência dos CRAS, mostrando que sua atuação está intrinsecamente relacionada com a política e é reconhecida como tal. Outro dado que corrobora com essa afirmação são os dados do CENSO SUAS 2014, onde do total de técnicos de nível superior que atuavam no CRAS, 17.567 eram assistentes sociais, 9.507 psicólogos, 5.690 pedagogos, 280 advogados e 7.705 profissionais com outras formações de nível superior (BRASIL, 2015).

O assistente social, compondo a equipe mínima do PAIF, pode contribuir significativamente para o conhecimento e para a ampliação da visão de território, tão necessária para construção de um trabalho comprometido com as lutas sociais e a garantia dos direitos, para a atuação conjunta e para construção das redes socioassistenciais e para a ampliação do trabalho com famílias no primeiro nível de complexidade do SUAS.

É papel do CRAS, também, a atuação com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, com vistas a orientação e ao convívio

sociofamiliar e comunitário (BRASIL, 2004). Para isso, é responsável pela oferta do PAIF.

A experiência de trabalho com famílias teve início no ano de 2001 com um projeto piloto intitulado Programa Núcleo de Apoio à Família (NAF). Como forma de expandir e qualificar essa experiência, no ano de 2003 foi lançado o Plano Nacional de Atendimento Integral à Família, sendo o mesmo aprimorado e adequado às diretrizes da PNAS, que o intitulou Programa de Atenção Integral à Família. Esse programa, com a tipificação nacional de serviços socioassistenciais passou a ser denominado PAIF, corroborando com o conceito de ação continuada da PSB (BRASIL, 2012c).

O PAIF concretiza a presença e responsabilidade do poder público e reafirma a perspectiva dos direitos sociais, sendo um dos principais serviços que compõe a rede de proteção social da política de assistência social. Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, que objetiva fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir para a melhoria na qualidade de vida das famílias (BRASIL, 2013). Visando o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos, busca realizar ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Sua oferta é obrigatória e deve ser ofertada exclusivamente pelos CRAS.

Vale ressaltar que, por ação preventiva, entendem-se ações que visem à prevenção de ocorrências que interfiram no exercício dos direitos de cidadania, ou seja, ações que se antecipem às situações de risco e vulnerabilidade, objetivando evitar sua ocorrência ou seu agravamento. Ações protetivas são aquelas que centram esforços em intervenções que amparem, apoiem, auxiliem, resguardem ou defendem o acesso das famílias aos direitos sociais. Já a atuação proativa refere-se ao reconhecimento, à tomada de responsabilidade e à intervenção frente a situações que dificultam ou impedem o acesso da população aos seus direitos, porém que ainda não se apresentaram como tal (BRASIL, 2012c)

O trabalho social com famílias desenvolvido pelo PAIF, portanto, consiste em um

conjunto de procedimentos efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos

e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis. Tal objetivo materializa-se a partir do desenvolvimento de ações de caráter ‘preventivo, protetivo e proativo’, reconhecendo as famílias e seus membros como sujeitos de direitos e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no seu território de vivência (BRASIL, 2012d, p.12).

O trabalho com famílias deve ser pautado em princípios éticos e em saberes profissionais, não se constituindo, portanto, em procedimentos instintivos, personalistas e inspirados no senso comum. Deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares e partir do suposto de que são funções básicas da família: “prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado” (BRASIL, 2004, p.35), mas a família pode ou não ser capaz de desempenhar essas funções. E essa capacidade está diretamente relacionada com sua relação com a sociedade, com a proteção social oferecida pelo Estado e não somente com sua organização interna, itens que devem ser levados em conta em todas as formas de intervenção com famílias.

Sob a lógica da matricialidade sociofamiliar o SUAS e, por conseguinte, o PAIF reconhece a importância da família como unidade/referência no âmbito da política de assistência social e fundamenta-se na ideia de que esta é o espaço primeiro de proteção e socialização do indivíduo e que, para que cumpra essa função ela necessita ser protegida (YAZBECK, 2008).

A definição da matricialidade sociofamiliar²⁹ considera que o foco da proteção social passa a ser o núcleo familiar ao invés de ser somente o indivíduo. Esse aspecto exige inúmeros debates e reflexões, desde a concepção de família até o tipo de atenção que deve ser

²⁹ Para saber mais sobre o assunto, ver Marques (2016).

oferecida. E aqui, o assistente social que atua no PAIF pode ter um papel fundamental na medida em que contribui para a ampliação do olhar dos profissionais acerca da família e se aproxima de sua realidade cotidiana desvendando possibilidades e limites no embate com as expressões da questão social. É com base nos preceitos do Código de Ética Profissional que o assistente social deve reconhecer as famílias como sujeitos de direitos que merecem ter assegurada sua condição protetiva e ser respeitados em sua forma, composição e organização (GUEIROS; SANTOS, 2011).

Segundo a NOB-SUAS não existem famílias enquanto modelo idealizado e sim famílias resultantes de uma pluralidade de arranjos e rearranjos estabelecidos pelos integrantes dessas famílias (BRASIL, 2005; 2006). Porém, mesmo havendo um consenso sobre as mudanças pelas quais o conceito e a estrutura de família passaram, ainda se preservam expectativas sociais sobre suas tarefas e obrigações (MIOTO, 2004), sendo papel da política de assistência social e do profissional de Serviço Social, tentar romper com essa lógica sob pena do reforço da culpabilização das famílias e de “despolitização quando se reproduz o discurso das famílias desestruturadas e incapazes de aproveitar as oportunidades que lhe são oferecidas” (COUTO, et al, 2014, p.79) para resolverem seus problemas.

Não basta, dessa forma, constatar as transformações pelas quais as famílias passam se persistirem abordagens conservadoras e disciplinadoras no trabalho profissional realizado (BRASIL, 2008). É necessário que o assistente social inserido na política de assistência social possa romper com pré-conceitos de que os arranjos familiares diversos deveriam ser corrigidos, e questões como o fato da família dever ser capaz de proteger seus membros para seu desenvolvimento pleno, sem necessidade de proteção para a própria família.

As metodologias de trabalho com as famílias devem ser revistas assim como a necessidade de compreender as famílias com suas singularidades, mas com seu pertencimento a uma classe social (COUTO, et al, 2014). É fundamental o papel da política de assistência social e do assistente social no fortalecimento e na autonomia dessas famílias, enquanto sujeitos coletivos, visto que as condições de vida “dependem menos da situação específica do indivíduo que daquela que caracteriza sua família, sua comunidade e a sociedade onde se insere” (YAZBECK, 2008, p.111).

A abordagem familiar no contexto das políticas sociais, tendência que se observa não apenas na assistência social, requer, portanto,

“cuidados redobrados para que não se produzam regressões conservadoras no trato com as famílias, nem se ampliem ainda mais as pressões sobre as inúmeras responsabilizações que devem assumir, especialmente no caso das famílias pobres” (BRASIL, 2008, p.59). E o assistente social pode contribuir significativamente na medida em que prima pela visão da família como construção social, calcada na perspectiva sociohistórica, a partir do qual “se entendem as pressões que o modo de produção capitalista é capaz de gerar sobre indivíduos e famílias, determinando condições objetivas de vida que, muitas vezes, inviabilizam o desenvolvimento e a emancipação das pessoas e do grupo” (GUEIROS; SANTOS, 2011, p.92-93). Em outras palavras, o assistente social, de modo geral, reconhece que para apreender a formação familiar é necessário compreender os fenômenos históricos que abarcam a sociedade e que a política de assistência social busca, de modo geral, a proteção das famílias.

Segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais, são ações que compõem o trabalho social com famílias do PAIF: 1) Acolhida, que se constitui como o contato inicial da família com o PAIF; 2) Oficina com famílias, que consiste na realização de encontros previamente organizados, visando alcançar objetivos de curto prazo com um conjunto de famílias; 3) Ações Comunitárias, que são ações de caráter coletivo, voltadas para a dinamização das relações do território; 4) Ações particularizadas, que se referem ao atendimento prestado pela equipe técnica do CRAS à família de modo individualizado e; 5) Encaminhamentos, que se constituem como processos de orientação e direcionamento das famílias para serviços e/ou benefícios socioassistenciais ou de outros setores (BRASIL, 2012d).

O trabalho social com famílias no PAIF pode ocorrer por meio de dois processos distintos: o atendimento das famílias ou de um ou mais membros e/ou; o acompanhamento das famílias pelos profissionais do PAIF. O atendimento às famílias refere-se a dar ou prestar atenção, é uma ação imediata de prestação ou oferta de atenção, com vistas a uma resposta qualificada a uma demanda da família ou do território. Já o acompanhamento consiste num conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma contínua e que pressupõe um Plano de Acompanhamento Familiar com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, entre outros (BRASIL, 2012d). O acompanhamento familiar no PAIF é destinado às famílias que apresentam situações de vulnerabilidade, que requerem a proteção da assistência social para a garantia dos direitos sociais.

Como instrumentos do trabalho social com famílias, os técnicos que atuam junto ao PAIF podem utilizar: o Plano de Acompanhamento Familiar que tem como objetivo planejar as estratégias adotadas para o fortalecimento das potencialidades e recursos das famílias e o enfrentamento das situações de vulnerabilidade; visitas domiciliares; grupos; reuniões, entrevistas, entre outros.

Para além do trabalho com famílias, o PAIF também tem papel fundamental na compreensão das especificidades do território e pode desenvolver ações culturais, visando contribuir para o cumprimento dos objetivos do serviço, na medida em que, promover a cultura está diretamente relacionada com o processo de socialização, fortalecimento de vínculos comunitários, formação da identidade social, resgate das tradições, da história do território, etc.

Ainda no que se refere ao PAIF, são usuários desse serviço as famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização dos vínculos de pertencimento e sociabilidade, entre outros, residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, em especial: 1) Famílias beneficiadas por programas de transferência de renda e benefícios assistenciais; 2) Famílias que, apesar de atenderem os critérios de elegibilidade para acesso a tais programas ou benefícios, ainda não foram contempladas; 3) Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros e; 4) Famílias com pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2013).

O acesso dos usuários ao PAIF pode ocorrer por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamentos da rede socioassistencial e por encaminhamento das demais políticas públicas. Essas formas de acesso reforçam outra diferença entre a política de saúde e assistência social, no que se refere à atuação do assistente social: na primeira, o profissional não está inserido em um serviço que se constitui como porta de entrada à política, enquanto na assistência social, sim, possibilitando uma procura maior do usuário e um acesso facilitado ao Serviço Social na política de assistência social.

As formas de acesso também apontam para a necessidade do desenvolvimento de um trabalho articulado com a rede do território onde o PAIF é desenvolvido e de um trabalho intersetorial, com as demais políticas públicas, em especial no que se refere aos serviços socioassistenciais de PSB e proteção social especial; serviços públicos locais de educação, saúde, trabalho, cultura, esporte, segurança pública e

outros; conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos de segmentos específicos; instituições de ensino e pesquisa; serviços de enfrentamento à pobreza; programas e projetos de preparação para o trabalho e de inclusão produtiva; e redes sociais locais: associações de moradores, ONG's, entre outros (BRASIL, 2013). A articulação da rede socioassistencial de PSB e a promoção da articulação intersetorial são ações de gestão territorial do CRAS que estão intrinsecamente relacionadas com as ações desenvolvidas pelo PAIF

A intersetorialidade e, conseqüentemente, a superação da fragmentação das e nas políticas públicas é reconhecida como um grande desafio a ser superado. Tal superação possibilitaria uma visão integral dos problemas sociais e de suas soluções, exigindo uma transformação na comunicação entre as políticas sociais e nas ações dos diversos segmentos da gestão governamental (BRASIL, 2012c). Desafio esse que também é enfrentado pelo assistente social inserido no NASF.

Para a constituição de um trabalho intersetorial é preciso construir uma nova cultura institucional e de gestão, que rompa com a fragmentação e com a organização das políticas em função do grau de especialização e profissionalização de cada área, e onde os serviços executem suas ações considerando a interdependência das políticas setoriais e o compromisso com a proteção social e com a garantia dos direitos da população (BRASIL, 2012c).

Os trabalhadores da assistência social devem atuar em consonância com os dispositivos legais, porém não podem ter como “horizonte somente a execução das atividades arroladas nos documentos institucionais, sob o risco de limitar suas atividades à gestão da pobreza” (CFESS, 2011, p.7). A intervenção profissional no CRAS deve, portanto, estar pautada na compreensão da política de assistência social como política pública garantidora de direitos de cidadania e promotora de desenvolvimento social, visando contribuir para a emancipação e autonomia dos usuários da política na garantia dos seus direitos e na prevenção e enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social.

Os técnicos do CRAS devem, ainda, de acordo com Brasil (2009, p.21), ter a capacidade de:

executar procedimentos profissionais para escuta qualificada individual ou em grupo, identificando as necessidades e ofertando orientações a indivíduos e famílias, fundamentados em pressupostos teórico-metodológico, ético-políticos e legais; articular serviços e recursos para

atendimento, encaminhamento e acompanhamento das famílias e indivíduos; trabalhar em equipe: produzir relatórios e documentos necessários ao serviço e demais instrumentos técnico-operativos; realizar monitoramento e avaliação do serviço; desenvolver atividades socioeducativas de apoio, acolhida, reflexão e participação que visem o fortalecimento familiar e a convivência comunitária.

Na pesquisa realizada por Couto, et al (2014) evidenciou-se, porém que as ações desenvolvidas dentro dos CRAS pelos técnicos, onde se inclui o assistente social, encontram-se restritas ao atendimento rotineiro e às demandas espontâneas, revelando a dificuldade de proposição e ampliação do atendimento. Ainda, o levantamento das ações desenvolvidas nos CRAS permitiu verificar que o exercício profissional dos técnicos, em geral, não difere das formas tradicionais historicamente desenvolvidas nesse campo particular, isso quer dizer que os profissionais atendem aos que chegam ao serviço por demanda espontânea e privilegiam os atendimentos individuais. Da mesma forma, pesquisa realizada por Teixeira (2010, p.290), aponta que as ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos CRAS constituem-se de “acolhimento, escuta qualificada e encaminhamento para a rede socioassistencial e outras políticas setoriais, além dos serviços de cadastramento para benefícios federais e locais”.

Muitos profissionais que atuam nos CRAS relatam ter dificuldade na realização de grupos e no conhecimento do próprio território onde estão localizados os serviços, bem como “a rede socioassistencial existente, equipamentos e recursos sociais públicos presentes de modo que possam realizar articulações e atividades político organizativas que venham envolver as populações usuárias” (COUTO, et al, 2014, p.285).

Especificamente no que se refere à atuação do assistente social junto ao PAIF, destacam-se tanto as ações voltadas para o trabalho social a ser desenvolvido pela equipe de referência do PAIF, ou seja, ações de acolhida, realização de oficinas com famílias, ações comunitárias, ações particularizadas e encaminhamentos, quanto: estudo social, atividades em grupo e acompanhamento das famílias, atividades no território e comunitárias, campanhas socioeducativas, promoção ao acesso à documentação pessoal, mobilização e fortalecimento de redes sociais de apoio, desenvolvimento do convívio familiar e comunitário, mobilização para a cidadania, conhecimento do território, cadastramento

socioeconômico, elaboração de relatórios, notificação da ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social e busca ativa dos usuários, entre outros.

Assim, os assistentes sociais vêm sendo chamados para atuar em situações de vulnerabilidade social de forma preventiva. Em outras palavras, os CRAS apresentam como objetivos para a atuação profissional a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (BRASIL, 2004).

Para atender a esses objetivos, os assistentes sociais vêm lutando em diferentes frentes e de diferentes maneiras para defender e reafirmar direitos e políticas sociais que, inseridos em um projeto societário mais amplo, visam cimentar as condições econômicas, políticas e sociais para a garantia da equidade. Baseia sua atuação na concepção presente no projeto ético político profissional, que articula direitos amplos, universais e equânimes que são orientados pela perspectiva de superação das desigualdades sociais e pela igualdade de condições para toda a população (CFESS; CFP, 2007; CFESS, 2011).

A atuação dos assistentes sociais na política de assistência social e, por conseguinte, junto ao PAIF, deve ser orientada e norteadas pelos direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão. O profissional deve-se afastar-se, portanto, de práticas conservadoras e das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidas individualmente (CFESS, 2011). Ao contrário, deve buscar a coletivização das demandas sociais que aparecem no território e no trabalho social com famílias, visando a articulação das lutas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais para a garantia de direitos e sua atuação deve se desenvolver em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais (CFESS; CFP, 2007; CFESS, 2011).

A intervenção pautada nessa perspectiva crítica pressupõe, pelo profissional,

leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e

fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os(as) trabalhadores(as), de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (CFESS; CFP, 2007, p.26).

E para isso, requisitam do profissional algumas competências gerais, fundamentais para a compreensão do contexto sócio-histórico em que está situada a intervenção profissional na política de assistência social, como por exemplo: 1) a apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; 2) a análise do movimento histórico brasileiro e da sociedade capitalista; 3) a compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, desvelando as possibilidades de atuação contidas na realidade; 4) a identificação das demandas presentes na sociedade, entre outras (ABEPSS, 1997). São essas competências que permitem ao assistente social realizar a análise crítica da realidade e desenvolver suas atribuições privativas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que são apresentadas no seu cotidiano.

Especificamente no âmbito da política de assistência social, as competências específicas dos profissionais de Serviço Social abrangem algumas dimensões interventivas, complementares e indissociáveis, quais sejam: 1) uma dimensão que engloba abordagens individuais, familiares ou grupais com vistas ao atendimento das necessidades básicas e do acesso ao direito, bens e equipamentos; 2) uma dimensão interventiva coletiva junto a movimentos sociais; 3) uma dimensão interventiva voltada para inserção nos espaços democráticos de controle social e de fomento a participação social junto aos conselhos, conferências, e fóruns de assistência social; 4) uma dimensão de gerenciamento, planejamento e execução direta de bens e serviços na política de assistência social; 5) uma dimensão que se materializa na realização de estudos e pesquisas que revelem as condições reais de vida e demandas da classe trabalhadora e que alimentem o processo de formulação, implementação e monitoramento da política de assistência social e; 6) uma dimensão pedagógica interpretativa e socializadora de

informações e saberes no campo dos direitos, legislações e das políticas sociais (CFESS; CRP, 2007; CFESS, 2011).

A materialização dessas dimensões possibilita ao assistente social inúmeras ações, entre elas, destacam-se: a realização de pesquisas para identificar demandas e a realidade da população adscrita ao CRAS, visando a formulação dos planos de assistência social; incentivar a participação dos usuários nos espaços de controle social; realizar estudos com a equipe do CRAS e CREAS, objetivando a análise de conjuntura e o planejamento coletivo das ações, assegurando momentos de reuniões e reflexão no âmbito das equipes multiprofissionais; criar espaços coletivos de socialização de informações sobre os direitos socioassistenciais; assessorar os movimentos sociais fortalecendo as ações coletivas que defendam os direitos sociais; realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre a implementação da política de assistência social; realizar estudos socioeconômicos para identificação das demandas e necessidades dos usuários; exercer a função de coordenação nos CRAS, CREAS ou nas Secretarias de Assistência Social; fortalecer a execução dos serviços socioassistenciais; participar na organização, coordenação e realização de conferências de Assistência Social nos três níveis de governo, entre outros (CFESS, 2011).

Essas ações ampliam a atuação do assistente social no PAIF e nos CRAS para além de ações voltadas ao atendimento dos usuários, estimulando ações de planejamento e gestão, seja através de ações de pesquisa, formulação de planos ou através do incentivo para que o profissional atue como gestor, assumindo diretorias e coordenações em todos os níveis de complexidade do SUAS. Também instiga a realização de ações que possibilitem a participação, a mobilização e o controle social por parte dos usuários da assistência social.

Ao ampliar o escopo de ações, a intervenção profissional pressupõe superar duas grandes tendências presentes hoje no âmbito dos CRAS, a primeira é restringir a atuação profissional a atendimentos emergenciais aos indivíduos e famílias ou ao registro e controle das famílias para acesso aos benefícios e a segunda é estabelecer uma relação entre público e privado onde o setor público se torna responsável apenas pelo repasse de recursos as organizações não governamentais, que assumem a execução direta pelos serviços (CFESS, 2011). O profissional de Serviço Social deve se posicionar contra o recuo do Estado na execução das políticas públicas.

Todas essas questões exigem do profissional compromisso ético político, capacidade teórico metodológica e competência técnico instrumental, mas não só, é necessário considerar as condições objetivas em que o trabalho profissional é realizado. A ampliação do SUAS e consequentemente do mercado de trabalho profissional aprofunda, muitas vezes, a precarização do trabalho e das condições para que ele se realize, considerando “o estatuto de trabalhador assalariado do assistente social, subordinado a processos de alienação, restrição de sua autonomia técnica e intensificação do trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores assalariados em seu conjunto” (RAICHELIS, 2010).

Segundo pesquisas realizadas por Teixeira (2010) e Couto, et al (2014) são evidentes, no que se refere ao SUAS no Brasil, que existem insuficiências de recursos humanos para a quantidade de famílias referenciadas; precarização e adaptações, nem sempre satisfatórias, das edificações, como CRAS e CREAS, por exemplo; espaços físicos improvisados e insuficientes; precariedade – funcional e estética – de mobiliário e equipamentos; escassos recursos financeiros e materiais para a implantação da política de assistência social, que vão desde a falta de equipamentos como computador, ventiladores, telefone, fax, acesso a internet, entre outros, até o pouco recurso para o provimento dos benefícios preconizados pela política de assistência social.

As pesquisas também apontam para outras dificuldades vividas pelas equipes técnicas, tanto em termos de condições e relações de trabalho, onde aparece a pouca autonomia profissional e a difícil relação entre profissionais e gestores municipais; quanto em termos de despreparo técnico para fazer frente à magnitude das demandas sociais e institucionais, indicando, por exemplo, a falta de capacitação continuada, a rede de serviços reduzida, dificultando a articulação e o desenvolvimento de um trabalho na ótica da integralidade, a ausência de vagas e a falta de capacidade dos serviços e dos profissionais para atenderem a demanda que chega até eles, entre outros.

Esses dados indicam que a trajetória de assistencialismo e filantropia ainda arraigadas nos municípios brasileiros tem se constituído “num entrave para a capacidade de construção de uma estrutura condizente com a implementação do SUAS, prevalecendo, em muitos casos, o ativismo e a improvisação históricas desta área” (COUTO, et al, 2014, p.284). Essa situação, porém, se choca diante das exigências de efetivação de um sistema complexo de serviços, programas e benefícios que devem dar forma e conteúdo aos níveis de proteção social básica e especial integrante do SUAS.

Tudo isso põe em debate a direção política do trabalho, a qualidade dos serviços socioassistenciais prestados à população e o necessário respeito à autonomia dos profissionais. Não basta, porém, superar a cultura histórica de ativismo e de ações improvisadas, substituindo-as por um produtivismo medido em números de reuniões, de visitas domiciliares, de atendimentos. É necessário que os profissionais detenham o sentido e a direção social do trabalho coletivo, que sejam garantidos espaços coletivos de estudo e reflexão, que possam pôr em debate concepções orientadas e efeitos sociais e políticos das práticas desenvolvidas (COUTO, et al, 2014, p.84-86).

Cabe à política de recursos humanos na assistência social remeter não somente para a atuação interdisciplinar e intersetorial de suas equipes, mas também buscar a valorização de seus trabalhadores e combater as formas precarizadas de trabalho. É urgente a necessidade de investimento na formação e capacitação continuada não só para servidores públicos, mas também para os trabalhadores da rede conveniada e conselheiros, garantindo o compromisso com serviços de qualidade com transparência em toda a rede socioassistencial (COUTO, et al, 2014).

É preciso considerar também a ótica do trabalho coletivo no SUAS orientado por um projeto ético político que considera como fundamental o acúmulo das diferentes profissões e de suas contribuições, incorporando os conhecimentos e aportes daquelas profissões que, como o Serviço Social, vem assumindo protagonismo histórico na elaboração de subsídios teóricos, técnicos e políticos que respaldam os avanços da assistência social no país (COUTO, et al, 2014).

Sendo assim, a questão que envolve a regulação e a gestão do trabalho no SUAS deve ser tratada a partir de uma perspectiva de totalidade, que contemple pelo menos três dimensões indissociáveis: as atividades desenvolvidas pelo conjunto de seus trabalhadores; as condições materiais, institucionais, físicas e financeiras; e os meios e instrumentos necessários ao adequado exercício profissional (CFESS, 2011). Somente assim será possível afirmar que quanto mais qualificados os servidores e trabalhadores da assistência social, menos sujeitos a manipulação e mais preparados para enfrentar os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais, conferindo qualidade e consistência teórica, técnica e política ao trabalho realizado.

Com o propósito de atender a necessidade de qualificação dos assistentes sociais que atuam no SUAS, o CFESS elaborou Parâmetros

para Atuação do Assistente Social na Assistência Social, assim como fez para a área da saúde. A diferença entre os parâmetros, porém é que a atuação profissional na área da assistência social não foi pautada por eixos de atuação, como na saúde. Apesar de ambos trazerem competências e atribuições do profissional nas referidas políticas sociais, pautadas na lei que regulamenta a profissão, no Código de Ética Profissional e no projeto ético político da categoria, como já foram apontadas nesse trabalho, os parâmetros da saúde avançam um pouco mais enquanto os parâmetros da assistência social param por aí. Entende-se a proposta dos parâmetros não foi criar um “roteiro” ou uma “receita” a ser seguida pelos profissionais que atuam nessas áreas, porém a organização dos parâmetros aponta para a necessidade de ampliar as discussões acerca da atuação profissional nessa política social.

É fato que há uma preocupação maior na área da saúde em discutir a atuação profissional do assistente social evidenciada pela quantidade de trabalhos e pesquisas realizados nessa área em detrimento da área da assistência social. Essa diferença também reflete nas normativas e discussões em termos de APS e PSB a nível municipal, onde se encontra um número maior de normativas e legislações que abordam o primeiro nível de complexidade do SUS do que do SUAS, praticamente inexistente, como se verá no próximo item.

3.2.1.1 A Proteção Social Básica e a intervenção profissional do assistente social no município de Florianópolis

A política de assistência social começou a ser implantada no município de Florianópolis por volta das décadas de 1960 e 1970, a partir da criação da Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Social (SESAS) pelo Decreto-lei nº 935 de 20 de novembro de 1969. A SESAS tinha como objetivo organizar os serviços assistenciais, promover o bem estar social e econômico aos servidores municipais e as pessoas que necessitassem, utilizar e mobilizar recursos institucionais da comunidade e realizar capacitações para adaptação dos indivíduos ao trabalho e ao contexto em que vivem (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A partir do ano de 1974 a SESAS passou a ser organizada em quatro divisões: de Saúde, de Educação e Cultura, de Administração e de Serviço Social, sendo essa última subdividida em Serviço de Registro, Documentação e Divulgação e Serviço de Promoção Social. Eram desenvolvidos, dessa maneira, projetos

na área da educação, para atender os filhos de servidores municipais com fornecimento de material escolar, passe escolar, merenda escolar, atendimento médico, odontológico e farmacêutico; na área da saúde, que proporcionava recursos médicos, farmacêuticos e odontológicos para garantir condições de saúde aos servidores municipais e seus dependentes, e a outras pessoas comprovadamente carentes, como os menores integrantes do Programa de Promoção Social do Menor (engraxates, vendedores de picolé, guardadores de carro, messageiros); vendedores ambulantes – Promoção Social pelo Trabalho; mendigos – Projeto de Atendimento e Recuperação Social da Mendicância; flagelados das enchentes, montando Programa Especial de atendimento no que se refere à oferta destes recursos e também roupas, calçados, colchões e alojamento; e maternidade e infância com fornecimento de leite para gestantes e crianças de 0 a 5 anos (FLORIANÓPOLIS, 2010, p.27).

Além dessas ações, eram realizados atendimentos a casos sociais para a população que apresentava problemas ou dificuldades de relacionamento pessoal e social. O Setor de Serviço Social estava voltado para estudar e atender os casos sociais que se apresentavam motivados por carências sociais e econômicas, como alimentação, moradia, funeral, entre outros. Concomitantemente às ações da SESAS, havia no município instituições como o SESC, o SESI, a LBA, ações sociais das igrejas, lares e educandários que também ofertavam à população serviços assistenciais, situação que levou à criação de um Projeto Central de Triagem e Assessoria Técnica às Entidades Sociais com o objetivo de criar um sistema único junto às entidades sociais que permitisse sua atuação integrada (FLORIANÓPOLIS, 2010).

No ano de 1979, o município passou por uma reestruturação em termos de secretaria, e a SESAS foi transformada em Secretaria de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social, sendo que o setor de Desenvolvimento Social passou a ser estruturado por uma Divisão de Ação Comunitária, uma Divisão de Desenvolvimento Social ao Menor e uma Divisão de Assistência Social. Em 1985, o setor Educação foi desmembrado da secretaria, permanecendo apenas a Saúde e o

Desenvolvimento Social, culminando numa articulação maior entre os setores (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 e da LOAS, em 1993, intensifica-se no município a discussão acerca da política de assistência social. Nesse período, a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social criou inúmeros programas para o atendimento de crianças e adolescentes e programas voltados para o combate à desnutrição infantil. Também foram realizadas parcerias, como com o Instituto de Geração de Oportunidades de Florianópolis (IGEOP), para inserir a população de baixa renda no mercado de trabalho e oferecer programas de profissionalização que capacitassem jovens e adultos a obter renda a partir de seu próprio trabalho (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Nos anos que se seguiram foram criados os Conselhos Tutelares, em 1993; o Conselho Municipal de Assistência Social, em 1996 e, no ano 2000 o Programa Sentinela, para atendimento de crianças e adolescentes e suas famílias vítimas de violência; o Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar (POASF), para atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social; a Casa de Passagem e; o Programa de Abordagem de Rua, voltado à população de rua.

No ano de 2001 foi criada a Secretaria Municipal de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, que manteve programas e ações de assistência social, porém passou a priorizar ações voltadas para a questão habitacional. Em 2004, após a aprovação da PNAS, a gestão do SUAS passou a ser responsabilidade dos municípios, podendo os mesmos optarem pela gestão inicial, básica ou plena. O município de Florianópolis se habilitou na gestão plena da assistência social, ou seja, passou a ser responsável pela organização da PSB e proteção social especial de média e alta complexidade. Sendo que no ano seguinte, a secretaria foi desmembrada em Secretaria Municipal de Habitação e Saneamento Ambiental e Secretaria Municipal da Criança, Adolescentes, Idoso, Família e Desenvolvimento Social (SMCAIFDS) (FLORIANÓPOLIS, 2010).

A partir de 2004, portanto, a PSB começou a ser implantada no município. Como município de Grande Porte, por tem uma população entre 100.001 e 900.000 habitantes, Florianópolis precisou implantar um número mínimo de quatro CRAS, cada um atuando como referência para até 5.000 famílias. Vale ressaltar, porém, que, inicialmente, com o repasse de 50% dos recursos para implantação dos CRAS pelo Governo Federal, Florianópolis ampliou o número de CRAS para cinco (CRAS Centro I na Prainha, CRAS Continente I no Estreito, CRAS Continente

II em Capoeiras, CRAS Norte I em Canasvieiras e CRAS Sul I no Saco dos Limões) e contratou equipes mínimas para compor a equipe de referência, ou seja, um assistente social, um psicólogo e um auxiliar administrativo para cada CRAS. Outro ponto relevante, que merece ser mencionado, é que três CRAS foram instalados dentro das UBS, um foi instalado junto à policlínica municipal e outro instalado junto à paróquia, visto que esses serviços já se encontravam em áreas de vulnerabilidade social.

Apesar de haver a implantação dos CRAS no ano de 2004, o município de Florianópolis não se adequou completamente à proposta do SUAS, apresentando irregularidades principalmente em relação à estrutura física e composição das equipes dos CRAS e na organização da proteção social especial.

Sendo assim, no ano de 2007, a SMCAIFDS passou por uma nova reestruturação, sendo sua nomenclatura modificada para Secretaria Municipal de Assistência Social, porém dois anos depois, foi novamente alterada, tornando-se Secretaria Municipal de Assistência Social e Juventude. Somente, no ano de 2010, passou a denominar-se SEMAS, vigente até os dias atuais. Nesse período, a SEMAS estava subdividida em Diretoria de Serviços Básicos, Diretoria de Serviços de Média Complexidade, Diretoria de Serviços de Alta Complexidade, Diretoria de Mobilização Comunitária, Diretoria de Juventude, e Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (FLORIANÓPOLIS, 2010).

No que se refere aos CRAS, como já mencionado anteriormente, no início de 2011 houve uma ampliação do número desses equipamentos instalados no território, totalizando 13. Nesse período, a maioria dos CRAS foram realocados para espaços físicos específicos para tal função, porém ainda hoje permanecem CRAS instalados em espaços físicos de conselhos comunitários, por exemplo, gerando confusão em relação às atribuições do CRAS e disputas pelo espaço físico que não é específico para tal função.

Foi no ano de 2013, com que houve uma nova mudança em termos de adequação do município ao SUAS com base na tipificação nacional dos serviços socioassistenciais. Nesse ano, a SEMAS passou a ser organizada em Diretoria Geral, Diretoria de Proteção Social Básica (que conta com três gerências: Gerência de PAIF, Gerência de Serviços e Programas para Jovens e Gerência de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de Proteção Social Especial (que conta com a Gerência de Média Complexidade e Gerência de Alta Complexidade), Diretoria de Planejamento,

Monitoramento e Gestão da Informação, Diretoria de Benefícios Socioassistenciais e Diretoria de Mobilização Comunitária (FLORIANÓPOLIS, 2013).

Na PSB do município passaram a fazer parte: o PAIF, ofertado pelos CRAS, SCFV para crianças e adolescentes de 06 a 15 anos, Programa Viver Ativo, Programa de apoio aos grupos de Convivência de Idosos, PróJovem Adolescente e Centro Multiuso de Capoeiras.

O número de CRAS foi reduzido, passando para dez, sendo eles distribuídos entre os Distritos Sanitários da seguinte forma: dois no DS Centro (CRAS Centro I e CRAS Centro II, sendo que o CRAS Centro II atende parte do DS Leste), dois no DS Continente (CRAS Continente I e CRAS Continente II), três no DS Norte (CRAS Norte I, CRAS Norte II e CRAS Norte III, sendo que o CRAS Norte II atende parte do DS Leste) e três no DS Sul (CRAS Sul I, CRAS Sul II e CRAS Sul III).

Em relação aos profissionais, o município conta atualmente com 28 assistentes sociais e 26 psicólogos atuando nos dez CRAS, porém, alguns se encontram em licença (quatro profissionais) e/ou assumem o cargo de coordenação ou na gestão (12 profissionais) o que aponta para a inadequação em relação à NOB-RH SUAS, que prevê quatro profissionais de nível superior, sendo dois assistentes sociais e quatro profissionais de nível médio por CRAS. Destaca-se que, em muitos CRAS, faltam profissionais de Serviço Social e Psicologia, praticamente não se encontram profissionais de outras categorias e há um número escasso de profissionais de nível médio, acarretando em limitações na atuação da equipe técnica e no reforço à precarização do trabalho profissional.

A atuação profissional dos assistentes sociais no PAIF em Florianópolis, de maneira geral, segue as normativas e orientações federais, tendo como base os documentos utilizados para a pesquisa documental, como as Orientações Técnicas sobre o PAIF, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, os Cadernos CapacitaSUAS, entre outros. Não se encontrou disponíveis documentos e normativas específicas do município que corroborassem, ou não, com as legislações nacionais e oferecessem suporte para a atuação profissional nesse nível de complexidade do SUAS. Outra questão que deve ser pontuada, é que não se encontra disponível para consulta online, ou de fácil acesso, o Plano Municipal de Assistência Social para os anos de 2014 a 2017, que poderia oferecer algum subsídio para a atuação profissional, restando algumas pontuações com base nos escassos estudos realizados sobre a atuação profissional nos CRAS do município.

Em pesquisa realizada por Santos (2008), acerca da implantação dos CRAS no município de Florianópolis, foi constatado que a rotina dos atendimentos realizados pelo PAIF ocorria através da acolhida do usuário nos serviços, seguida do preenchimento do cadastro socioeconômico onde se avaliava o perfil do usuário e onde são identificadas as demandas para o serviço e, por fim, eram realizados encaminhamentos para a rede socioassistencial. Os atendimentos eram realizados principalmente a partir de demandas espontâneas dos usuários e estava voltada para demandas emergenciais e não de prevenção e proteção, visando a não ocorrência das violações dos direitos. Na ocasião, as demandas mais presentes nos atendimentos realizados pelos profissionais do PAIF em Florianópolis ocorriam em detrimento do acesso a benefícios eventuais, com cesta básica, fralda, auxílio moradia, entre outros.

Vale ressaltar que a pesquisa foi realizada antes da publicação da tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, que caracterizou e reestruturou a oferta dos serviços de PSB. Assim, no ano de 2013, no município, os benefícios socioassistenciais foram centralizados na SEMAS e as demandas pelos benefícios passou a não ser tão frequente junto aos CRAS. O processo de trabalho dos profissionais do PAIF passou a ser mais amplo e ter como base a prevenção de vulnerabilidades, juntamente com ações comunitárias e de articulação da rede socioassistencial e intersetorial. O acesso das famílias continua sendo através de demanda espontânea, porém a busca ativa de famílias cadastradas em programas sociais e o referenciamento das famílias pelas diretorias que compõe a SEMAS, como, por exemplo, da Diretoria de Benefícios Socioassistenciais também possibilitam o acesso ao PAIF.

Como mencionado, são escassos os estudos sobre a atuação profissional do assistente social no PAIF, principalmente no município de Florianópolis. A maioria dos estudos na área da assistência social abrange temáticas relacionadas à implantação dos CRAS, a matricialidade sociofamiliar, a vigilância socioassistencial, entre outros. Esse trabalho, portanto, objetivou iniciar um debate acerca da atuação do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional e os resultados da pesquisa realizada serão apresentador a seguir.

4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SUS E NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DO SUAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Esta seção apresenta os resultados da pesquisa de campo realizada com os profissionais de Serviço Social atuantes nos serviços de atenção primária e de PSB das políticas de saúde e assistência social. Inicia-se, portanto, com a descrição metodológica da coleta de dados, para, na sequência, analisar sobre a intervenção profissional em ambos os espaços sócio-ocupacionais.

A pesquisa de campo teve como objetivo coletar informações e/ou ampliar o conhecimento acerca do problema de pesquisa, em especial sobre a atuação do assistente social na APS do SUS e na PSB do SUAS no município de Florianópolis. Para a pesquisa em campo foram realizados dois grupos focais com temas preestabelecidos, visando atender aos objetivos da pesquisa.

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Os grupos focais podem ser caracterizados como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA; GONDIM, 2001) e também como uma técnica de entrevista em grupo, na qual a interação entre os participantes do grupo focal configura-se como parte integrante do método (BACKES, et al, 2011).

Apesar de se reconhecer como limites dessa metodologia a inibição de determinadas posturas ou opiniões que sejam dissidentes dos demais participantes, a dificuldade de garantir um total anonimato e os riscos da discussão ser desviada ou dominada por poucos participantes, acredita-se que o grupo focal é uma fonte que intensifica o acesso às informações na medida em que se desenvolve de forma dialética, onde o grupo possui objetivos comuns e seus participantes buscam abordá-los trabalhando de forma integrada e articulada enquanto equipe. É uma forma também de aprofundar a discussão acerca da temática, visto que se utilizando de instrumentos individuais de coleta de dados o participante pode limitar sua opinião às questões preestabelecidas e com o grupo focal a tendência é a complementação das falas, a abordagem mais ampla das questões lançadas, entre outros.

Partindo-se dessas prerrogativas, optou-se pela realização dos grupos focais. A escolha dos sujeitos que participariam da pesquisa

levou em consideração a necessidade de abranger a totalidade do problema investigado, abordando suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994). Assim, foram convidados para participar da pesquisa os assistentes sociais que atuam no NASF do município de Florianópolis, totalizando quatro dos cinco profissionais, visto que o quinto profissional é a pesquisadora; e a totalidade dos assistentes sociais que atuam no PAIF do município de Florianópolis. Para esse número de convidados, foram planejados dois grupos focais: um para os assistentes sociais da área da saúde e um grupo focal para os profissionais do PAIF.

O contato com os assistentes sociais do NASF do município de Florianópolis foi realizado pela própria pesquisadora, pessoalmente ou através do telefone. Nesse contato, explicitaram-se os objetivos e apresentou-se o projeto de pesquisa para conhecimento dos profissionais. Já o contato com os profissionais do PAIF inicialmente foi realizado através da coordenação dos CRAS do município que apresentou o projeto de pesquisa, enviado por e-mail, em uma reunião de coordenadores de CRAS. Após avaliação das coordenações e aprovação da pesquisa pelas mesmas, foram realizados contatos telefônicos, por e-mail e pessoalmente com os assistentes sociais do PAIF.

Os grupos focais com os assistentes sociais do NASF e do PAIF foram realizados nos dias 17 de outubro de 2016 e 16 de novembro de 2016, respectivamente. No grupo focal dos profissionais da área da saúde esteve presente a totalidade dos assistentes sociais que atuam no NASF, demonstrando uma boa aceitação da pesquisa pelos profissionais. Já no grupo focal dos profissionais do PAIF, somente três assistentes sociais aceitaram o convite para participar da pesquisa. Alguns assistentes sociais, durante os contatos convite, afirmaram que não tinham interesse na pesquisa e que, por isso, não gostariam de participar; outros pontuaram que em horário de trabalho seria difícil ausentar-se do CRAS por já possuírem uma programação pré-estabelecida para as datas propostas, porém, ao se sugerir outras datas e horários no contra turno, também não aceitaram participar da pesquisa, justificando que após o horário de trabalho não estariam sendo remunerados para participarem da pesquisa.

Como eixos de discussão dos grupos focais foram preestabelecidos: 1) Perfil profissional; 2) Atuação profissional no NASF e/ ou PAIF; 3) Dificuldades e potencialidades da atuação profissional na política de saúde e/ou na política de assistência social; 4) Entendimento sobre o trabalho do assistente social no PAIF e/ou no

NASF, sendo que nesse item cada grupo discutiu sobre seu entendimento acerca da outra política, ou seja, os profissionais do NASF falaram sobre a atuação do assistente social no PAIF e vice versa e; 5) Articulação intersetorial, como pode ser visto no Apêndice 2 e 3.

O material coletado foi transcrito no período de 17 a 22 de novembro e enviado aos assistentes sociais que participaram da pesquisa para revisão e aprovação. Após o retorno dos profissionais, o material foi analisado e serviu como base para a presente pesquisa. Vale destacar que os profissionais que participaram da pesquisa foram identificados por códigos visando o sigilo da pesquisa e sua não identificação. Esses códigos foram formados pelas iniciais da palavra assistente social – AS – seguido do local de atuação do profissional – NASF ou PAIF – seguido de um número, organizado de acordo com as falas nos grupos focais. Ou seja, os assistentes sociais do NASF receberam a denominação ASNASF1, ASNASF2, ASNASF3 e ASNASF4 enquanto os assistentes sociais do PAIF receberam a denominação ASPAIF1, ASPAIF2 e ASPAIF3.

Os dados provenientes das transcrições dos grupos focais foram analisados através da análise de conteúdo, que, segundo Richardson (1999) é particularmente utilizada para estudar material de cunho qualitativo. Segundo Triviños (1987) a análise de conteúdo pode servir de auxiliar para instrumento de pesquisa de maior profundidade e complexidade, como, por exemplo, o método dialético, na medida em que forma parte de uma visão mais ampla e funde-se nas características do enfoque dialético.

A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1979), pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Para isso, ela foi organizada conforme as três etapas previstas por Bardin (1979): pré análise – etapa de organização do material coletado -, descrição analítica - onde o material coletado é submetido a um estudo aprofundado tendo como base os referenciais teóricos e as questões norteadoras da pesquisa - e interpretação referencial – com base também nos referenciais teóricos da pesquisa.

É importante mencionar que para a análise dos dados da pesquisa e para que o conhecimento avance e se aprofunde foi necessário realizar operações de síntese e de análise que esclarecessem não só a dimensão

imediate, mas também, e, sobretudo, a dimensão mediata do fenômeno estudado (KONDER, 2008). Ainda, houve a necessidade de realizar um movimento de aproximação e distanciamento, ida e volta, em cada uma das etapas da pesquisa, considerando-a como um processo dialético em que diferentes momentos se entrecruzarão. Com isso, a análise fez parte de cada etapa da pesquisa.

Como resultado desse movimento, apesar de terem sido organizados cinco eixos para a realização dos grupos focais, durante a análise dos dados foi percebida a necessidade da organização dos dados de forma diferente da proposta inicial. Assim, os dados coletados serão apresentados de forma comparativa entre NASF e PAIF e estão organizados a partir de três grandes tópicos: 1) perfil profissional dos assistentes sociais do NASF e do PAIF integrantes da pesquisa; 2) atuação profissional do assistente social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis e; 3) comparativo da atuação profissional do assistente social no NASF e no PAIF a partir do entendimento dos profissionais sobre a atuação na outra política social. Já o item sobre a atuação profissional encontra-se subdividido em: a) objetivos, objeto, demandas e público alvo do assistente social; b) trabalho multiprofissional e interdisciplinar e a intersetorialidade; c) participação social e controle social e; d) desafios para a atuação profissional.

4.1 PERFIL PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO NASF E DO PAIF INTEGRANTES DA PESQUISA

Os assistentes sociais que participaram dos grupos focais totalizam sete profissionais, todos do sexo feminino, remetendo à realidade profissional, cuja identidade, historicamente construída, é marcada pela presença das mulheres. Segundo Iamamoto (2004), o perfil sócio histórico dos assistentes sociais tem traços marcantes, sendo uma profissão com composição predominantemente feminina e, por isso, atravessada por relações de gênero que implicam em sua imagem na sociedade e nas expectativas sociais vigentes diante da mesma. Esse recorte de gênero explica os traços de subalternidade que a profissão carrega diante de outras profissões mais reconhecidas socialmente e academicamente, podendo afetar inclusive a forma de inserção do profissional nas políticas sociais, principalmente na área da saúde, onde comparada com profissões como medicina, enfermagem, ocupa um lugar de menor prestígio.

A formação profissional dos assistentes sociais foi outro item pesquisado, demonstrando que têm formações provenientes de três diferentes unidades educacionais: duas localizadas no Estado de Santa Catarina, na região da Grande Florianópolis, concentrando a maioria - cinco dos sete entrevistados - na UFSC, e um no Estado do Paraná. Outra característica se refere à natureza das instituições onde foram formados os assistentes sociais, apenas um dos sete teve sua formação em instituição privada de ensino e as outras duas instituições, uma pública federal e uma pública estadual.

O período de formação dos assistentes sociais também é um dado relevante para a pesquisa, sendo que a maioria dos assistentes sociais - cinco entre os sete - se formou entre os anos de 2008 e 2010, período em que todos os serviços que são focos desse estudo já haviam sido implantados, ou seja, a formação dos assistentes sociais ocorreu num período em que já existia o NASF e o CRAS a nível nacional e municipal. Os outros dois assistentes sociais que fizeram parte da pesquisa: um teve sua formação no ano de 2005, ano em que somente a PNAS já havia sido publicada e mesmo assim, muitos serviços ainda não existiam a nível municipal, como por exemplo, os CRAS, implantados somente em 2007; e o outro assistente social se formou no ano de 1993, período que sucedeu as principais transformações relacionadas às políticas sociais, com a aprovação da Constituição Federal de 1988. Nesse período, a APS estava iniciando com o PSF e, em termos da política de assistência social, foi aprovada a LOAS.

O período de formação dos assistentes sociais aponta para o fato da maioria dos profissionais terem o seu currículo baseado no paradigma da teoria social crítica, indicando uma ruptura com as fontes tradicionais da profissão. Indica ainda uma formação que tem como base um projeto ético político profissional comprometido com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, que tem a liberdade como valor central e que visa garantir a conquista dos direitos sociais (NETTO, 2007), lutando contra a lógica imposta pelo capitalismo e pela lógica liberal que visam a precarização do trabalho e das políticas sociais conquistadas pelos movimentos sociais e que reitera as desigualdades.

Ainda no que tange a formação profissional, cinco dos seis entrevistados possuem pós-graduação em nível de especialização ou mestrado já concluído. Dos quatro assistentes sociais que atuam no NASF, três possuem duas especializações, sendo uma em Saúde da Família e, todos os quatro possuem especialização, sendo as mesmas,

além da área de Saúde da Família, em Gestão Social, em Gestão da Saúde Pública, em Metodologia para enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes e em Administração, Gestão Pública e Políticas Sociais. Dos assistentes sociais que atuam no PAIF, dois não possuem pós-graduação, sendo que um profissional está cursando o curso de Mestrado em Serviço Social e um não possui especialização por ter interrompido a que cursava para assumir concurso público. O terceiro profissional possui especialização e mestrado concluídos e foi aprovado na seleção para o Doutorado em Serviço Social.

Esses dados mostram uma preocupação dos profissionais pela formação para além da graduação e, no caso específico dos assistentes sociais da saúde, percebe-se a busca pela formação em nível de especialização na área de atuação dos profissionais, levando a se pensar que, pelo NASF ser um espaço sócio-ocupacional recente, ainda prevalece uma necessidade de conhecimento acerca da própria área da saúde da família, da APS e da necessidade de buscar respostas às demandas e requisições postas para o profissional nessa área. Por outro lado, esses dados apontam para o fato da maioria dos assistentes sociais buscar formação em cursos não específicos do Serviço Social, como por exemplo, cursos de gestão da saúde, saúde da família entre outros.

Considerando que a formação profissional é um processo contínuo e que ocorre também por intermédio das experiências de atuação profissional, é interessante apontar para a experiência profissional dos assistentes sociais entrevistados nessa pesquisa. Com exceção de dois profissionais, todos tiveram experiências profissionais prévias ao ingresso no local atual de atuação, sendo que alguns tiveram mais de uma experiência prévia. Entre as áreas de atuação prévia dos profissionais, destacam-se: 1) a assistência social, seja através da atuação em ONGs, ação social ou do setor público municipal – principalmente em serviços da Proteção Social Especial de média complexidade do SUAS, com atuações voltadas para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, idosos em situação de violação de direitos e pessoas em situação de rua –; 2) área da saúde, em serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e no NASF - situação de um assistente social que hoje atua no PAIF - ; 3) área de habitação; 4) movimentos sociais; entre outros.

É fundamental apontar que todos os assistentes sociais que participaram da pesquisa atualmente são profissionais efetivos, concursados e estatutários da Prefeitura Municipal de Florianópolis

(PMF), corroborando com a afirmação da pesquisa acerca do perfil profissional realizada pelo CFESS em 2004, que constatou que o assistente social no Brasil é majoritariamente funcionário público, sendo as instituições públicas municipais as que mais o absorvem, totalizando, 40,97% (CFESS, 2005). Com a descentralização das políticas sociais no Brasil sua execução tem sido transferida aos municípios, fato que justifica os dados encontrados e rebate na esfera da prestação direta de serviços sociais públicos, que passa a ser assumida pelos municípios.

Com a intenção de avaliar a experiência profissional na área de atuação atual dos assistentes sociais, questionou-se o tempo que exercem essa função junto ao PAIF e ao NASF. Como resultado, observou-se que os assistentes sociais do NASF trabalham, em média, cinco anos nesse espaço sócio-ocupacional enquanto os assistentes sociais do CRAS atuam, em média, um ano e meio. O curto período de atuação dos assistentes sociais no PAIF pode ser justificado pelo fato da PMF ter, por anos, priorizado contratos de trabalhos firmados através da Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) ao invés de concursos públicos, contribuindo para a precarização dos serviços e alta rotatividade dos profissionais, principalmente na política de Assistência Social. Depois de mais de dez anos sem concursos públicos para o município, foram abertos quatro editais entre os anos de 2006 e 2016, implicando no chamamento de aproximadamente 181 assistentes sociais³⁰. Mesmo com a abertura dos concursos públicos, a alta rotatividade dos profissionais é fator que se observa no município, principalmente por conta da não identificação do profissional ao espaço assumido, fazendo com que este solicite transferência para outro serviço e/ou política social. Mas observa-se também uma busca incessante por parte dos profissionais por melhores condições de trabalho e remuneração, acarretando também na alta rotatividade dos profissionais. Em relação ao NASF, a inserção profissional foi ocorrendo de acordo com a implantação dos mesmos, visto se tratar de um espaço sócio-ocupacional recente para o assistente social a nível nacional e municipal.

Por fim, um último item a ser destacado é a existência de diferença em relação à carga horária semanal de trabalho dos profissionais, ou seja, enquanto os assistentes sociais do PAIF trabalham 30 horas semanais os do NASF tem carga horária de 40 horas semanais.

³⁰ É importante mencionar que nem todas as assistentes sociais que foram chamadas pelo concurso assumiram o cargo e, muitas das que assumiram estão atuando na Proteção Social Especial, de média e alta complexidade.

Essa diferença justifica-se pelo fato da SMS pagar uma gratificação aos profissionais que atuam na APS para que trabalhem 40 horas, gratificação essa que corresponde a aproximadamente 38,55% do salário³¹ recebido pelo profissional. Apesar de ter acontecido um movimento por parte dos profissionais para solicitar a redução da carga horária para 30 horas baseando-se na Lei nº 12.317 de 27 de agosto de 2010 e no fato dos fisioterapeutas que atuam na APS, que possuem uma legislação federal semelhante a do assistente social, atuarem com carga horária de 30 horas recebendo a gratificação de forma proporcional, o resultado não foi favorável aos assistentes sociais.

Em resumo, esses dados, apesar de não abrangerem a totalidade dos assistentes sociais no município, remetem para a realidade atual, onde a maioria dos assistentes sociais que atuam no município é concursado, efetivo e estatutário, mas nem por isso, refletem a não precarização do trabalho profissional. Em termos de carga horária, os únicos assistentes sociais que trabalham 40 horas semanais são os assistentes sociais que atuam na APS do município enquanto todos os outras, da política de saúde, habitação, assistência social atuam com regime de 30 horas semanais, implicando tanto nas condições de vida quanto em relação à atuação do profissional, situação que será explicitada nos próximos itens.

4.2 A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO PAIF NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

A atuação dos assistentes sociais junto ao NASF e ao PAIF é relativamente recente, datada dos anos 2008 e 2004 respectivamente, quando da criação desses serviços. Até então, a inserção dos assistentes sociais na APS do SUS ocorria de forma restrita inserida em programas específicos de tratamento, promoção ou prevenção de doenças e na política de assistência social remetia à outra lógica, não existindo a

³¹ Por salário, entende-se o valor bruto composto pelo vencimento estatutário, acrescido do valor da diferença de enquadramento aprovado pela Lei Complementar 503/2014 do município e da gratificação NASF. Ou seja, retirou-se do valor total do vencimento do profissional, para fins desse cálculo, o adicional por insalubridade (recebido por algumas profissionais), triênios (por ser variável de acordo com o tempo de atuação do profissional), auxílio alimentação e gasolina (também variável de acordo com os dias trabalhados e pela função exercida) e outras gratificações que por ventura o profissional possa receber.

organização da política na forma de um sistema único nem havendo distinção entre níveis de complexidade nessa política. Unido a esse contexto e possivelmente devido à inserção mais recente ainda dos assistentes sociais que fizeram parte da pesquisa nesses espaços sócio-ocupacionais, um dos primeiros resultados da pesquisa foi a observação de que, de maneira geral, muitos profissionais ainda possuem dúvidas e inseguranças em relação à atuação nesses espaços.

Todos os assistentes sociais, sejam eles do PAIF ou do NASF, relataram que não tiveram experiência profissional prévia na mesma área em que atuam no momento – APS do SUS e PSB do SUAS, destacando a necessidade de conhecer sobre a mesma quando de sua inserção nesses espaços.

[...] na nossa formação a gente aprende que nas diferentes políticas que a gente vai trabalhar a gente vai ter que dar conta de conhecer [...] quais são as normativas, quais são as direções legais que sustenta aquela política (ASPAIF2).

No grupo dos profissionais do NASF e do PAIF surgiram relatos de dificuldade inicial em compreender a atuação do profissional nesse campo de atuação, seja por não terem uma experiência prévia na área e por tratar-se de um espaço sócio-ocupacional recente, seja por não terem recebido um direcionamento ou orientação ao iniciarem sua atuação na PMF, necessitando de um período para essa compreensão. Alguns assistentes sociais destacaram que tiveram as primeiras informações sobre o campo em que atuam junto à ferramenta Google® buscando artigos e normativas ou estudando para concurso público.

Hoje, no meu primeiro ano de CRAS, foi muito para compreender como é que o CRAS funcionava, porque é totalmente diferente do [local que atuava anteriormente] e então... de compreender quais são as atividades, quais não são as atividades, o que que é grupo, o que que é oficina, o que que é... o que que é acolhimento, acompanhamento (ASPAIF1).

[...] quando eu iniciei o trabalho no NASF realmente, eu nem sabia o que era NASF, né? Aí eu busquei, fui atrás, recorri ao amigo Google e fui buscar o que era NASF. Então foi onde eu tive acesso a essas portarias, alguns documentos, artigos que falavam do NASF (ASNASF 2).

No meu caso, em relação a conhecimento sobre o trabalho do NASF, eu tive o primeiro acesso estudando para concurso público, né? [...] nos editais eles pedem algumas legislações e aí tu vai dando uma lida e tendo uma noção. Mas assim... quando eu entrei no NASF eu nunca tive um acolhimento, por exemplo, da gestão, que viesse conversar comigo, dizer o que é que é o NASF, de que forma que eu vou trabalhar (ASNASF 1).

Alguns profissionais também relataram o contato com outros profissionais que já atuavam ou tinham atuado no mesmo espaço sócio-ocupacional, sejam eles assistentes sociais ou não, como uma forma de conhecer um pouco mais sobre esse espaço de atuação.

[...] eu fui no Distrito me apresentar e daí falaram da [nome da profissional], passaram o contato dela e eu mesma fiz contato e perguntei se eu poderia ir ao encontro dela, assim para ela me explicar, porque não tinha quem me explicasse ali [...], acho que passei umas três tardes lá com ela e aí ela foi me passando, enfim, foi me passando dos Centros de Saúde que ela trabalhava, enfim como era o trabalho em equipe. E aí eu fui meio que me situando para quando eu começasse. Eu fiquei, acho que uma semana assim me situando para poder depois começar a ir nos Centros de Saúde (ASNASF3).

Assim, desde sua inserção nesses espaços os profissionais relataram buscar normativas, legislações e cadernos específicos das políticas em que atuam para basear sua intervenção, entre eles, foram citados os materiais utilizados na pesquisa documental desse trabalho e, no grupo focal com os assistentes sociais do PAIF, foi mencionado o Código de Ética profissional, como base indispensável para dar uma direção política à atuação profissional.

De maneira geral, mesmo tendo surgido o Código de Ética em uma das falas dos assistentes sociais, um dos problemas decorrentes da profissão, que também foi observado durante a pesquisa, é a dificuldade que muitos profissionais têm de associar e utilizar a teoria aprendida durante a formação na prática profissional, ou seja, são “muitos os assistentes sociais que no exercício profissional ‘deixam de lado’ o conhecimento teórico crítico adquirido, e passam a nortear suas ações

apenas e simplesmente pelas experiências vivenciadas no cotidiano profissional” (SANTIAGO; GONÇALVES, 2013, p.4) ou ainda, fundamentam sua prática em manuais, normativas e instruções que acabam sendo repetitivas e mecânicas e engessam a atuação profissional, deixando de lado a capacidade criativa para desempenhar as atribuições e competências profissionais estabelecidas pela lei que regulamenta a profissão.

Percebeu-se igualmente que, em muitos momentos, mesmo baseando a atuação profissional no que está descrito em documentos, normativas e legislações, havia certa dificuldade para mencioná-la, surgindo falas que caracterizavam a atuação profissional como

O que está lá na legislação. É o que está na portaria, o que está na normativa... na portaria ministerial NASF, o que está na normativa NASF a nível de município. É o que está lá né? (ASNASF4).

O fato de conhecerem os documentos e legislações que normatizam a atuação do profissional nesses espaços, nem sempre remete à apropriação do seu fazer profissional, o que prejudica a própria atuação, visto que o assistente social tende a se sentir inseguro e a não ter clareza acerca do seu trabalho, passando a ter obstáculos para a defesa da profissão perante a gestão e outros profissionais, sendo esse um dos problemas que gerou a necessidade dessa pesquisa.

De maneira geral, os assistentes sociais do NASF no município de Florianópolis, caracterizaram a atuação profissional como voltada para ações de educação permanente das eSF e ações de matriciamento. Também citaram como características da atuação profissional no NASF a realização de ações assistenciais, sendo elas desenvolvidas quando solicitadas pelos profissionais das eSF, não sendo o foco central da atuação profissional.

Esse entendimento segue em consonância com as orientações nacionais apresentadas em relação ao NASF e a atuação do assistente social, porém são visões mais restritas, que não abrangem a totalidade das ações que podem ser desenvolvidas nesse campo de atuação. Em nenhum momento explicitou-se no grupo focal dos assistentes sociais no NASF a característica e o objetivo central desse campo de atuação, que é a oferta de apoio às eSF visando ampliar a abrangência e o escopo das ações na APS. Também não foram mencionados os princípios da APS que devem ser seguidos pelos profissionais que atuam no NASF no que se refere ao desenvolvimento da noção de território, integralidade,

promoção da saúde, educação popular, entre outros. Essa ausência pode indicar a não realização dessas ações por parte dos profissionais, que muitas vezes restringem sua atuação às ações de educação permanente, matriciamento e ações assistenciais.

Mesmo identificando a atuação do profissional dessa forma, para alguns assistentes sociais do NASF, esse entendimento não corresponde à realidade vivenciada no município.

Então o que eu percebia, o que eu imaginei que era, era muito diferente do que foi, quando realmente eu assumi o NASF. Eu imaginei que a gente tivesse um espaço físico e que as situações seriam encaminhadas. É claro que teria um espaço em que a gente estaria junto com as equipes, mas o que mostrava na legislação realmente, eu entendi dessa forma. Que era muito mais a questão do matriciamento (...) e educação permanente com as equipes, né? Do que o atendimento mesmo em si. Que a gente percebia que era só no caso, que a legislação coloca, só em casos específicos, mais graves, enfim, que a equipe iria demandar o atendimento do profissional de Serviço Social, tudo o mais. (...) E na verdade, quando a gente começa a trabalhar, não é bem isso. É totalmente diferente do que eu imaginava. A gente está nas unidades, na assistência. O que eu achava que eu ia fazer mais é o que a gente faz menos, né? (ASNASF2).

Vale ressaltar, porém, que, muitas vezes, a interpretação feita pelo profissional acerca das legislações e normativas não necessariamente corresponde à realidade proposta pelas mesmas, como por exemplo, na fala supracitada, onde pela interpretação do profissional, o NASF teria um espaço físico próprio e as situações seriam encaminhadas pelas eSF aos profissionais. Segundo as normativas do NASF, em especial os Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014), o NASF não se constitui como um espaço físico independente, devendo os profissionais utilizar o espaço das UBS e do território para o desenvolvimento de suas ações. Da mesma maneira, o conceito adotado de matriciamento busca modificar a forma de encaminhamento tradicional, pelo menos dentro da APS, buscando a horizontalização das relações entre os profissionais do

mesmo nível de complexidade do SUS e a corresponsabilização das eSF e equipes NASF pelo atendimento ao usuário.

Outra questão apontada pelo profissional é o fato das ações do Serviço Social estarem voltadas prioritariamente para ações assistenciais em detrimento das outras ações propostas para o profissional do NASF. Em diversos momentos do grupo focal apareceram falas relacionadas a isso.

Acaba entrando nessa demanda de atender, visita, atender, visita, reunião familiar e tudo o mais (ASNASF2).

Essa percepção, de que as ações profissionais são voltadas para as ações socioassistenciais, estão diretamente relacionadas às indicações e aos direcionamentos dados pelo município de Florianópolis ao trabalho NASF, que, conforme já mencionado, através da Carteira de Serviços e da PMAPS, orientam como componente prioritário do apoio matricial os atendimentos clínicos ambulatoriais e de cuidado individual na proporção de 60 a 90% da carga horária do profissional. Orientações que deturpam o papel inicial do NASF e contribuem para a limitação das ações profissionais.

É importante mencionar, porém, que, apesar dessa restrição na atuação dos assistentes sociais do NASF descrita pelos profissionais, também foi ressaltado o papel do profissional na atuação junto aos determinantes sociais da saúde, pensando a saúde em seu conceito ampliado e não restrito à questões relativas à doenças.

[...] são os determinantes sociais do processo saúde-doença. Os determinantes sociais da saúde é o que a gente atende de fato. Se a gente for pensar quem atende essa demanda dos determinantes sociais da saúde... é o Serviço Social... (ASNASF4).

Essa percepção amplia de certa forma a atuação profissional no NASF na medida em que possibilita sua articulação com as diferentes políticas sociais, numa perspectiva do trabalho intersetorial. A atuação do profissional voltada para a intersetorialidade, como já indicado anteriormente, é apresentada como um dos principais objetivos da atuação profissional do assistente social, como será observado no item 4.2.1.

Uma questão que permeou as discussões trazidas pelos assistentes sociais do NASF é a organização profissional. O profissional do NASF

deve atender a um número de eSF e atuar em diversas UBS. O número de eSF e de UBS varia de acordo com o DS e de acordo com as pactuações realizadas pelos profissionais, porém em média, os assistentes sociais do NASF em Florianópolis atuam com 27,4 eSF e 9,6 UBS. Visando minimizar essa situação de desacordo com a Portaria nº 3.124/2012 alguns assistentes sociais atuam sob a lógica de referência para algumas eSF, ou seja, não programam atividades mensais para o atendimento daquelas eSF, indo à UBS somente quando solicitado. Outros assistentes sociais tentaram ser referência para algumas eSF, porém devido às inúmeras demandas acabaram optando por voltar ao sistema de atendimento regular.

[...] “tu poderias ficar de referência para alguns centros de saúde e não ficar indo presencialmente”. E eu tentei assim... pelo menos umas três ficar fazendo isso, mas assim era ligação direto, e-mail, whatsapp... e acaba eu tendo que ir, entendesse? (...) eu acabava tendo que não estar na minha agenda e ir da mesma forma, então eu disse não... eu vou colocar na minha agenda, então eles recebem.. eu ponho no Google Drive® e eles recebem mensalmente as agendas dos dias que eu vou estar lá e aí ali eles vão se organizar e naquele dia que eu vou estar lá... eu achei mais interessante (ASNASF3).

Da mesma forma, a organização profissional, no que tange às agendas, ao matriciamento e as ações a serem realizadas variam de acordo com o DS em que o profissional atua, implicando em ofertas diferentes de ações às eSF. Uma das principais diferenças apontadas pelos profissionais é em relação ao matriciamento, enquanto alguns assistentes sociais tem como base para sua organização as ações de matriciamento e o contato com as equipes inserido na rotina das eSF, ou seja, priorizam, conforme as normativas do NASF, a participação em reuniões das eSF, outros profissionais organizam suas agendas de acordo com a disponibilidade de consultórios para atendimento individual, de acordo com a disponibilidade de carro para realização de visitas domiciliares, estabelecendo momentos para matriciamento que nem sempre se adequam a realidade das eSF. Essas diferenças influenciam significativamente na qualidade das ações de matriciamento desenvolvidas, como também pode ser observado pela fala dos profissionais.

[...] e o que que ela me colocou é que eu teria que participar no mínimo uma vez por mês das reuniões de equipe. Então eu teria que estar em [número de reuniões] reuniões de equipe, eu teria que organizar minha agenda. E imagina eu quebrando a cabeça para fazer isso... E tento fazer isso até hoje... eu me organizei desse jeito e é difícil mudar... (ASNASF2).

Meu cronograma ele é fixo, só três equipes que eu consigo participar da reunião de equipe, aí tu consegue visualizar a riqueza da participação nas reuniões de equipe para discutir os casos, por que é rico ali, sabe? Os profissionais passam as demandas, são várias cabeças pensantes, tu já se planeja, tu já se programa para realizar as ações, tu já sai com uma coisa bem direcionada, sabe? Agora quando tu vai em uma unidade que tipo assim não é reunião de equipe, que eles tem para te passar um caso, nem sempre eles vão ter tempo para te passar [...] ou as vezes só passam o encaminhamento, o papel para ti “ó, dá uma olhada lá no prontuário”, daí tu abre o prontuário e não está nada claro... (ASNASF1).

É consenso entre os profissionais que o fato de atenderem a mais equipes do que o preconizado pela legislação influencia significativamente nas ações desenvolvidas pelos profissionais no NASF e essa sobrecarga acarreta em ações prioritariamente assistenciais e de caráter imediato em detrimento do atendimento aos objetivos do profissional inserido nesse espaço.

[...] a qualidade de tu atender menos equipes, atender menos centros de saúde para ti poder qualificar isso. Se não tipo assim, tu trabalha como plantão social, sabe? E prejudica, estraga teu trabalho (ASNASF1).

No que se refere à atuação no PAIF, os assistentes sociais apontam para a abrangência das ações nesse campo de atuação, referindo que, apesar do PAIF ter um público alvo definido, as ações que podem ser realizadas são inúmeras e amplas, envolvendo, de certa forma, todas as políticas sociais, como pode ser visto a partir dos relatos abaixo.

A nossa função enquanto assistente social dentro do PAIF é tão ampla quanto o nosso estudo de graduação [...]. A gente pode fazer tudo que a gente imaginar poder fazer, assim né? (ASPAIF1).

O diferencial do trabalho do PAIF é essa autonomia, de os profissionais terem uma postura mais propositiva e criarem situações a partir das demandas apresentadas pelos usuários, pelas famílias, pelo território (ASPAIF3).

Outra questão que foi pontuada é a necessidade e a possibilidade do assistente social do PAIF atuar de forma a possibilitar a coletivização das demandas, ou seja, transformar as demandas que chegam pelos indivíduos e famílias de forma individual em demandas coletivas.

E no CRAS [...] é um espaço que me parece possível fazer, materializar essa dimensão coletiva do trabalho do Serviço Social, do assistente social que a gente tem... tanto o nosso Código de Ética, a lei... que é tentar trazer essa dimensão das questões, que parecem ser mais pontuais para uma dimensão mais coletiva (ASPAIF2).

[...] surgiu nos atendimentos uma zona especial de interesse social lá, questões habitacionais, regularização fundiária e surgiu nos atendimentos individuais. A gente foi construindo isso de uma forma que agora a gente tem um grupo de regularização fundiária para tentar construir essa dimensão de organização comunitária, de reavivar a associação de moradores, então eu acho que a perspectiva de acompanhamento do PAIF ela pode ser muito mais coletiva (ASPAIF2).

A coletivização das demandas individuais, buscando percebê-las como direitos universais, é uma estratégia central para a atuação do assistente social nas políticas sociais e encontra consonância nas reflexões de Yamamoto (2008) quanto ao desafio para o assistente social de, no seu trabalho cotidiano, desentranhar as dimensões universais das situações singulares dos indivíduos, família, grupos e segmentos sociais, atravessadas por determinações de classe. E esse processo, pode ser realizado através de ações em grupo ou junto a movimentos sociais tendo o território como *locus* prioritário.

Ainda em se tratando da coletivização da demanda, foi recorrente no grupo focal com os assistentes sociais do PAIF a necessidade da abordagem territorial, ou seja, a necessidade da organização dos CRAS e da atuação profissional serem organizadas a partir de um território definido e delimitado, que seja a base para o planejamento das ações, o monitoramento da rede de serviços existente, a vigilância social, entre outros. O espaço do território é o mais propício para se alcançar a coletivização das demandas, na medida em que possibilita a proteção social proativa e permite ao profissional identificar questões que não estão presentes em momentos de atendimentos individuais, no espaço dos CRAS, por exemplo.

É função do CRAS essa gestão de território [...] a gente consegue transformar demandas individuais do serviço, do CRAS em demanda coletiva (ASPAIF1).

Segundo os profissionais, a gestão municipal tem incentivado a abordagem e o trabalho no território desenvolvendo uma capacitação técnica com os profissionais da PSB, denominada “incurso territorial” e com base nessa capacitação, algumas iniciativas de coletivização das demandas têm aparecido, gerando resultados positivos no que se refere à mobilização comunitária.

Historicamente o CRAS fazia muito atendimento individual e atendimento à família. E por algumas situações de atendimentos que ocorreram ali e por uma capacitação técnica que houve, chamada “incurso territorial” que teve pela prefeitura ano passado... fomos estimulados a começar a refletir sobre os atendimentos individuais e transformá-los em demandas coletivas (ASPAIF3).

[...] a equipe do CRAS, percebendo o engajamento e mobilização dos envolvidos da comunidade fez a proposta de realizar a atividade de “incurso territorial” com encontros mensais para debater as principais necessidades da comunidade e possíveis encaminhamentos. A partir da mobilização das forças na comunidade ocorreram alguns desdobramentos como, a realização de um grupo de mulheres no CRAS, a criação de uma oficina de música para os jovens, apoio num projeto de saúde na comunidade com

acolhidas do CRAS no território e visitas domiciliares (ASPAIF3).

É fundamental apontar, porém, que a necessidade de coletivização das demandas e atuação junto ao território não são ações que deveriam se restringir ao PAIF e não deviam ser pensadas apenas na política de assistência social, mas sim, permear todos os campos sócio-ocupacionais do assistente social, principalmente aqueles que estão inseridos nos territórios de atuação, como forma de garantir e ampliar os direitos sociais. Apesar de não ter aparecido no grupo focal, o território faz parte das premissas do trabalho dos profissionais do NASF e deveria auxiliar na ampliação da atuação profissional para além de ações assistenciais individuais e “clínicas”, como relatadas.

É importante destacar, porém, que mesmo havendo esse olhar para a coletivização das demandas, para o acompanhamento em grupo, na comunidade, os profissionais do CRAS reconhecem que esta unidade continua desenvolvendo ações junto às famílias, visto ser essa uma das principais diretrizes do SUAS. Mas destacam que há esse desafio, de deixar a herança do plantão social e partir para o acompanhamento familiar, para ações voltadas para a comunidade, para ações coletivas, entre outros.

[...] quer se trabalhar o coletivo... mas a família está ali, tá continuando... não tem como... a gente tem uma herança de fazer atendimento de plantão social, a gente está tentando sair dessa. Já do atendimento para o acompanhamento familiar... “opa peraí, tem a comunidade”... mais ou menos isso assim. Muito importante... como a gente pode trabalhar a busca ativa coletiva, de grupo, de oficina, de território nesse momento... Esse é um desafio bom né? Você vê que tem possibilidades né? (ASPAIF3).

Nessa perspectiva de trabalho com famílias, apesar de reconhecer esse trabalho como parte da atuação do assistente social junto ao CRAS, alguns profissionais demonstram sentir-se desconfortáveis em relação ao termo “famílias” e a proposta do SUAS de ter a família como eixo central.

E aí também... atenção à família, a gente pode chamar de atenção à família, mas é um acompanhamento na perspectiva dos direitos, mais ampliado, né? Não se restringir à

problemáticas que aquele núcleo familiar vai trazer, é... mas a política diz o acompanhamento à família, né? Então... a gente chama disso (ASPAIF 2).

A gente chama de família porque a política diz que é família e tem que ser... então para lançar no estatístico... (ASPAIF2).

De acordo com Teixeira (2010), a família, a partir da década de 1990, passa a ser o centro das políticas de proteção social, em especial da assistência social, e ganha um novo reconhecimento a partir da concepção de que existem diversas formas de família. Concomitantemente a esse movimento, porém, embora haja um reconhecimento dos direitos sociais e da autonomia da família, a lógica familista no Brasil ainda é predominante, ou seja, ainda se preconiza a ampliação da responsabilidade da família pela proteção de seus membros. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que a família é recolocada como base da sociedade, que deve ser protegida por parte do Estado, como alvo de políticas públicas e portadora de direitos, também é responsabilizada pela proteção de seus membros.

Talvez por conta dessa constatação, alguns profissionais se sentem tão desconfortáveis ao se tratar das famílias, porém, é fundamental para o assistente social contribuir para a ampliação do olhar dos profissionais com vistas a garantir o reconhecimento das famílias como sujeitos de direitos. É fundamental que o assistente social inserido no PAIF e na política de assistência social rompa com os pré-conceitos presentes em relação às famílias e reconheça que para compreender a formação familiar é necessária a compreensão dos fenômenos históricos que abarcam a sociedade, visando garantir os direitos sociais e a proteção social das famílias.

Ainda no que se refere à atuação do profissional de Serviço Social durante a pesquisa surgiram inquietações, principalmente no que se refere às atribuições privativas do profissional nos dois campos de atuação.

Então... eu não sei dizer talvez algo tão específico. O assistente social faz isso no PAIF... Então eu não consigo determinar algo assim específico (ASPAIF1).

[...] é que na assistência também, a especificidade que eu acho... por ser muito aparente... porque a

política de assistência tem muita proximidade com o Serviço Social e com a nossa formação, ao mesmo tempo.... justamente por ser muito próxima a política da nossa formação profissional... ela também nos causa isso, porque realmente, qual a especificidade do setor de Serviço Social na política de assistência social? Na saúde para mim é um pouco mais claro. Na habitação é um pouco mais claro, mas como na assistência, como eu acho que atravessa a construção da política de assistência... fica mais difícil justamente quando a gente tem outra profissão que não tem essas... essa leitura... e que está se aproximando da compreensão da política de assistência que vai causar essas coisas... o que que é o Serviço Social na política de assistência e o que que é a psicologia na política de assistência? (ASPAIF2).

As falas ainda questionam as atribuições privativas trazidas pela lei que regulamenta a profissão e pelo Código de Ética profissional e apontam para a insuficiência das legislações e normativas, mesmo sendo elas os principais referenciais para os profissionais.

A questão é, de repente a gente pega o Código de Ética e tem muitas questões que dizem que é atribuição privativa segundo matéria do Serviço Social. O que que é essa matéria do Serviço Social? Então se pegar o Código de Ética, se pegar a normativa do PAIF, ainda falta... não sei se falta... falta materializar a questão técnico operativa (ASPAIF3).

Percebe-se a constante busca dos profissionais por normas e guias que orientem a prática profissional, tendo os profissionais muitas dificuldades para sistematizar suas ações e atribuições. Em contrapartida, surgiram questões interessantes em relação à especificidade do profissional no PAIF.

[...] a especificidade vai se dar nos recursos profissionais que a gente assume para realizar os atendimentos, seja individuais ou coletivos [...]. Eu resolvo muito pensando nessa questão dos recursos profissionais. Pensando na dimensão de coletivização dos direitos e nos recursos profissionais para dar conta de chegar novamente

nos trabalhadores. O Serviço Social falando do dia a dia, na materialidade da vida e das condições materiais, de subsistência [...] (ASPAIF2).

[...] o Serviço Social tem recursos para trabalhar com grupos na perspectiva de fazer a leitura das condições materiais, de pensar, e ampliar isso para uma construção da pobreza, a gente tem esses recursos e pode tentar fazer essas discussões, na mesma medida a psico tem os recursos para lidar com esses ânimos que surgem em grupo. E lidar com esses ânimos que surgem em grupo é fundamental para que essa discussão sobre a materialidade que a gente traz seja possível. E fazer a discussão da materialidade é fundamental para que esses ânimos também se... alterem, ou que se coloquem numa potência mais contestadora, né? (ASPAIF2).

Essas questões apontam para uma diferenciação do trabalho do assistente social no que se refere aos recursos profissionais para trabalhar com as situações e demandas que chegam ao serviço. Esses recursos, nada mais são do que as competências ético políticas, teórico metodológicas e técnico operativas do profissional que concretizam as finalidades profissionais, os instrumentos e as técnicas necessárias para o processo de intervenção profissional. Mas em conjunto com essas competências a prática profissional deve estar fundamentada na capacidade crítica, criativa e sólida de desempenhar as atribuições privativas, levando em consideração que as possibilidades estão postas na realidade, mas elas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais, cabendo aos assistentes sociais se apropriarem dessas possibilidades e desenvolvê-las, transformando-as em projetos e frentes de trabalho (IAMAMOTO, 2004).

Essas questões reforçam a ideia dos profissionais no PAIF de que a atuação nesse campo é ampla e diferentes ações podem ser realizadas de acordo com a apropriação dos profissionais dessas possibilidades e de como transformá-las.

4.2.1 Objetivos, objeto, demandas e público alvo do assistente social

Em relação aos objetivos do Serviço Social no NASF, novamente foi percebido uma dificuldade dos profissionais em explicitarem,

remetendo apenas ao conteúdo que está na legislação, seja ela nacional ou municipal.

É o que está na legislação, o que está na carteira de serviços né? (ASNASF2).

Os objetivos que se encontram nas normativas nacionais para o assistente social do NASF como: desenvolver ações que garantam escuta e acolhida dos usuários; desenvolver ações integradas com os profissionais das equipes; produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde; entre outros, não foram explicitadas no decorrer da pesquisa. Os objetivos contidos na Carteira de Serviços e/ou na PMAPS, mesmo que sejam mais restritos, também não foram citados/identificados.

Apesar disso, surgiu como objetivo do profissional a ampliação do conceito de saúde, remetendo à necessidade de interlocução entre as diferentes políticas sociais com vistas à garantia dos direitos, na medida em que a saúde em seu conceito ampliado tem como fatores determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o transporte, a educação, o lazer, o acesso a bens e serviços, entre outros.

O Serviço Social tem o objetivo de colocar em prática o conceito de saúde ampliada né? Porque na verdade assim... geralmente as pessoas visualizam a saúde somente como uma questão de doença... e o Serviço Social acho que entra para dar conta dessa ampliação de saúde. Porque geralmente o usuário vem com uma demanda, que ele pode até trazer uma demanda de uma questão física, mas atrelado a isso tem outras questões que com certeza o Serviço Social atua... (ASNASF1).

Já os objetivos do Serviço Social no PAIF apontados pelos profissionais estão relacionados principalmente ao fortalecimento de vínculos.

[...] é o fortalecimento de vínculos, vínculo da comunidade, vínculo do... da família, até mesmo o vínculo com os próprios profissionais do CRAS, vínculo com o CRAS assim... (ASPAIF1).

O fortalecimento de vínculos é o principal objetivo da PSB e, por conseguinte, deve ser um objetivo do profissional de Serviço Social, porém, os profissionais devem ter cuidado ao identificarem os objetivos da política como próprios da profissão, principalmente, pois, conduzidas

sob a ótica neoliberal as políticas sociais podem ter objetivos que tendam à focalização, à seletividade e à garantia de mínimos sociais, desviando da ideia da política enquanto direito universal. Há que se destacar também, que, ao contrário da política de APS, a assistência social não estabelece objetivos claros para a atuação do assistente social na PSB, devendo o profissional construir esses objetivos tendo como base suas atribuições e competências profissionais, seu projeto ético político e as demandas impostas pela própria política.

Em relação ao objeto de atuação do assistente social, é claro para alguns profissionais que este são as expressões da questão social que chegam aos serviços de diferentes formas. Essa compreensão foi identificada no grupo focal das assistentes sociais do NASF, porém esse é o objeto da profissão independente de seu local de atuação, variando apenas as expressões que chegam em cada política social.

[...] o Serviço Social em qualquer instituição, seja na saúde tanto na APS quanto no hospital, né, de alta complexidade ou nos serviços de assistência social, ou em qualquer outra política pública de atenção, seja qual for, ele tem um objeto né? Que são as expressões da questão social, que é [...] o varejo singular da barbárie... no nosso caso da atenção à saúde, na atenção primária. Aí como vai se desenvolver, como vai se desenrolar, tem em cada um as suas peculiaridades, né? (ASNASF4).

Também faz parte da compreensão dos profissionais que o papel dos assistentes sociais frente às expressões da questão social é a instrumentalização do sujeito visando a garantia dos direitos sociais.

A gente atende as expressões da questão social, a gente atende muito dentro de um espaço, de um território de saúde, de atenção primária sim e daí o que vai vir... vão vir várias pessoas doentes, pessoas com dificuldades, trabalhadores que a gente vai o que, instrumentalizar quanto aos seus direitos trabalhistas dentro desse viés da saúde, naquele momentos estão doentes, então vai muito para a instrumentalização do usuário em relação ao auxílio doença, em relação à legislação previdenciária, ou a gestante naquele período da vida onde tem uma série de direitos também, sempre ligados aos direitos sociais... mas hoje, cada vez mais com esse período que a gente vive, a conjuntura que a gente vive, né? A dificuldade

financeira mesmo, as situações de pobreza né? Desemprego, a realidade na nossa cidade que é de um altíssimo custo de vida né? Então isso é importante a gente também ter claro né? De que nosso objeto é objeto do Serviço Social (ASNASF4).

O debate em torno do objeto da atuação profissional, ou seja, das expressões da questão social consiste um elemento teórico metodológico central da análise crítica da inserção do Serviço Social na realidade contemporânea e deve ser base para a atuação profissional. Por questão social, compreende-se o conjunto das

expressões de desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (...) expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características ético-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (...) Esse processo é denso de conformismos e resistências, forjados ante as desigualdades, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

A questão social tem sua gênese, portanto, nas relações sociais capitalistas e na relação capital-trabalho e expressa as inúmeras desigualdades sociais presentes nessa relação. A questão social implica ainda em processos de lutas e resistências que ultrapassaram o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, fazendo com que a questão social seja extrapolada para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos (IAMAMOTO, 2001).

A questão social é, portanto, base fundante do exercício profissional e conseqüentemente da atuação profissional e exigem respostas do profissional e seu posicionamento frente às disputas de

projetos sociais distintos, que impõe e confronta requisições distintas e antagônicas no cotidiano do exercício profissional. De um lado, o projeto de caráter universalista e democrático no enfrentamento às expressões da questão social, que desafia o profissional a “reassumir o trabalho de base, de educação, mobilização e organização popular, que parece ter sido submerso do debate profissional ante o refluxo dos movimentos sociais” (IAMAMOTO, 2001, p.23). De outro lado, o projeto neoliberal no trato das questões sociais, que implica na focalização das políticas sociais e se traduz em exigências de seletividade cada vez mais excludentes, na redução do alcance e efetividade das ações profissionais.

Dessa forma, as diversas expressões da questão social, que aparecem de forma velada ou explícita nas demandas imediatas dirigidas ao assistente social, constituem o objeto “bruto” que necessita ser analisado, reelaborado no contexto dos processos de trabalho, e através deste processo de mediações, ressignificadas e transformadas, já pela incidência do trabalho, em matéria-prima profissional ou em matéria de Serviço Social.

Em relação a essas demandas imediatas que aparecem para o assistente social no NASF, foram destacadas pelos profissionais questões relacionadas o desemprego, o acesso a benefícios e direitos, situações de violência e negligência contra idosos e crianças e adolescentes, gestantes em situação de vulnerabilidade, população em situação de rua, saúde mental, a realidade dos migrantes, demandas por benefícios eventuais, entre outros.

Quando eu entrei no NASF, 90% dos meus atendimentos era idoso, só caso de idoso. Hoje não. Hoje deu uma diferenciada, assim. Porque aumentou as demandas e esse aumento foi bastante para criança e adolescente, bastante questão de abuso sexual, muito assim, muito, muito... está aparecendo muito. Saúde mental também (ASNASF1).

Eu estou atendendo várias situações de HIV/AIDS, de câncer, DPOC³² e várias doenças que daí são situações bem amplas, né? (ASNASF2).

³² Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

As demandas apontadas pelos profissionais do NASF nada mais são do que os determinantes sociais da saúde, ou seja, “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; FILHO, 2007, p.77). Em outras palavras, os determinantes sociais da saúde podem ser considerados: as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, as condições de vida e de trabalho, as redes sociais e comunitárias estabelecidas pelo indivíduo ou grupo, o estilo de vida dos indivíduos e questões como idade, gênero e fatores hereditários.

Dessa maneira, pode-se dizer que as formas de inserção socioeconômica da população são relevantes para explicar a saúde e o perfil epidemiológico de determinada situação, e as demandas atendidas pelas profissionais de Serviço Social na área da saúde são reflexo da relação entre o modo de vida da população e sua situação de saúde. Modo de vida caracterizado como as condições de vida, ou seja, as condições materiais necessárias para a subsistência, e o estilo de vida, ou seja, as formas sociais e culturais de vida que se expressam no padrão alimentar, nos hábitos etc.

Segundo Buss e Filho (2007), existem inúmeros estudos que buscam relacionar os determinantes sociais da saúde com a saúde. Entre esses estudos, alguns possuem o enfoque que busca analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de vínculo entre indivíduos e grupos. Outro enfoque privilegia os aspectos físicos e materiais na produção da saúde e da doença, entendendo que a renda da população influencia na saúde na medida em que pode acarretar a escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária, implica no não acesso da população aos serviços de educação, transporte, saneamento, entre outros. Um terceiro enfoque privilegia os fatores psicossociais, entendendo que as experiências das pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde e os enfoques multiníveis, que buscam integrar abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica.

Segundo as profissionais, muitas dessas demandas dependem da rede intersetorial para serem atendidas e, nesse momento de cortes de verbas para as políticas sociais, os benefícios e os direitos estão sendo cada vez mais sendo restringidos, remetendo à lógica neoliberal de garantia de mínimos sociais e acarretando na responsabilização do terceiro setor para o acesso à esses benefícios.

Em se tratando do PAIF, as principais demandas que aparecem para o serviço, segundo o relato dos profissionais, são relacionadas ao acesso a benefícios e programas da política de assistência social e acesso à rede de serviços, mas nem sempre essas demandas são reconhecidas pelos profissionais como do assistente social.

Observo que tem determinadas situações que psicólogos e até mesmo administrativos encaminham para o assistente social porque eles identificam que o assistente social, sei lá, tem um conhecimento maior na questão de benefícios, questão de... mais benefícios de modo geral, né? Seja cesta básica, BPC, Bolsa Família, não sei o que... qualquer outro. Então esses sempre chegam para a gente, sempre é encaminhado e por mais que o psicólogo, que já está há muito mais tempo do que eu inclusive no CRAS, já saiba qual que é a orientação, qual que não é a orientação, por exemplo BPC, ele ainda assim encaminha para o Serviço Social. Não compreendo assim que é algo exclusivo do Serviço Social, né, de preencher formulários, enfim (ASPAIF1).

Historicamente ainda o assistente social tá renegado a questão de identificação de recurso, de falar do acesso a direitos, mas tem algo muito novo nesse acompanhamento familiar que está para além de uma política de encaminhamentos. Que ainda precisaria se desdobrar metodologicamente (ASPAIF3).

Para alguns profissionais, o assistente social precisa avançar em relação à sua atribuição e seus objetivos junto ao PAIF, superando a visão atual de que a atuação profissional é sinônimo do acesso aos benefícios eventuais. Outra questão levantada pelos profissionais também é a própria atuação do assistente social, que muitas vezes tende ao imediatismo, a realizar encaminhamentos pontuais voltados às ações sócio emergenciais, indicadas por Miotto e Nogueira (2009).

E às vezes a gente... pelo menos eu tinha a impressão, da pouca experiência que eu tive em outros locais, que a gente ia com muita sede ao pote, querendo dar respostas, como se fosse um portfólio de ações que vai resolver a vida desse usuário (ASPAIF3).

É fundamental para o assistente social, diante do imediatismo do cotidiano, onde o foco vem sendo a meta e a responsabilização do indivíduo, superar essa lógica, pensando em projetos coletivos na profissão e na sociedade e a proposta levantada pelos assistentes sociais acerca da coletivização das demandas é um caminho a ser seguido na busca pela garantia dos direitos e pelo não retrocesso das políticas sociais.

Por fim, em relação ao público alvo de atuação do NASF e do PAIF, na política de saúde foi consenso não existir restrição em relação ao público alvo para atendimento, enquanto que no PAIF, foi destacado um público prioritário, voltado para o atendimento da população beneficiária dos programas de transferência de renda, como Bolsa Família e usuários que recebem benefícios sociais como o BPC, entre outros.

Tanto a política de saúde quanto a política de assistência social fazem parte do tripé da seguridade social e caracterizam-se por serem não contributivas, ou seja, não há a necessidade de contribuição para acessá-las. O que difere ambas as políticas é o fato da política de saúde ser uma política universal enquanto a política de assistência social é voltada a quem dela necessitar. Essas características restringem, de certa forma, o público alvo da política de assistência social geralmente voltada para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade social.

Assim, no caso do PAIF, o público alvo são as famílias em situação de vulnerabilidade social e as famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda do governo federal, enquanto que no NASF o público alvo é mais amplo, não restringindo-se apenas à população usuária dos serviços. É fundamental destacar que as próprias eSF também se constituem como público alvo da atuação do assistente social no NASF.

4.2.2 Trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar faz parte da realidade de atuação do assistente social no NASF e no PAIF, porém, o que pôde se identificar é que na política de assistência social, o trabalho interdisciplinar tem ganhado espaço enquanto na política de saúde o trabalho multiprofissional ainda é o que se sobrepõe.

O conceito de trabalho multiprofissional consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, sem que haja convergência entre os conceitos e métodos utilizados (ALVEZ; BRASILEIRO; BRITO, 2004), ou seja, é compreendido como a junção entre diversas profissões que trocam informações entre as especialidades, porém sem mudanças significativas nos conhecimentos dos profissionais. Segundo Luz (2009), o objeto no trabalho multiprofissional é resultante da soma de olhares, onde o profissional busca informações de uma área específica com outro especialista visando apenas contribuir para sua avaliação e determinação da melhor estratégia para a resolução de determinado problema.

Já o termo interdisciplinaridade diz respeito a algo comum entre duas ou mais disciplinas ou ramos do conhecimento. Na prática interdisciplinar, há uma integração entre as disciplinas ao nível de conceito e métodos (ALVEZ; BRASILEIRO; BRITO, 2004), provocando mudanças na estrutura das especialidades envolvidas e possibilitando a incorporação de novos conhecimentos por parte do profissional por meio da interação entre os diversos profissionais.

Segundo os assistentes sociais que participaram da pesquisa, no NASF apesar de haver uma busca pelo trabalho multi e interdisciplinar, foram percebidos diferentes reações por parte dos profissionais, inclusive com algumas resistências ao trabalho conjunto.

[...] quando eu cheguei no NASF as primeiras pessoas... os primeiros profissionais que eu me aproximei foi da psicologia e eu tive assim... acolhimentos da psicologia bem diferenciados também. Tem profissionais da psicologia que me acolheram e eu percebia que queriam a presença do assistente social para trabalhar com eles. Agora teve profissionais da psicologia que não (ASNASF1).

Essa busca pelo trabalho multi e interdisciplinar por alguns assistentes sociais do NASF é reconhecido como fundamental para a ampliação do olhar acerca da saúde e teve como base a experiência do profissional junto à política de assistência social e, por isso, a busca por uma aproximação maior com profissionais da psicologia prevaleceu entre os profissionais.

Porém, na lógica do NASF o trabalho interdisciplinar não é observado como presente, ao contrário, os assistentes sociais percebem

um trabalho isolado por parte dos profissionais que compõe o NASF em Florianópolis.

Esse é um ponto bem importante que eu vejo assim, que é um... eu acho que é assim algo para a gente pensar que é o quanto o processo de trabalho do NASF é fragmentado por categoria profissional. A gente não se comunica. A gente não trabalha de forma conjunta. A gente trabalha sozinha. Totalmente sozinha (ASNASF4).

O trabalho interdisciplinar depende muito das experiências e da aceitação dos profissionais em estarem abertos para a construção coletiva, para a troca de saberes e para as mudanças no processo de trabalho na saúde. E segundo os assistentes sociais do NASF, a lógica que prevalece ainda é o do trabalho multiprofissional quando não individual, segmentado, buscando em alguns casos o conhecimento do outro para ampliar a sua atuação, mas sem mudanças significativas no fazer profissional.

Já na política de assistência social, o trabalho psicossocial é umas das prerrogativas. Para alguns profissionais o trabalho interdisciplinar modifica a compreensão acerca do sujeito e do fazer profissional.

[...] ele [o psicólogo] entendia que... vem o sujeito com o subjetivo e a gente analisa como sujeito de direitos e para ele o sujeito de direitos não existe. É uma conquista através da resistência e da luta que vai se ampliando ou não esse sujeito. Então a partir desse olhar a gente ia trabalhando conjuntamente. O que eu percebi assim, mas é... é muito primário assim é que o psicólogo no atendimento ele deixa a situação mais aberta e o usuário vai construindo a realidade dele ali. E o psicólogo vai acompanhando conforme o que ele, né, vai acompanhando a necessidade do usuário ali. E vai abrindo. E o assistente social, não sei se vocês perceberam isso ou não, a gente... a pessoa vai falando e a gente identifica qual a base material, quais são as condições objetivas do usuário para que ele tem autonomia e se desenvolva na vida com o suporte das políticas públicas. [...] E foi assim uma experiência muito rica, que eu percebia que a psicologia podia não “falar nada”, mas que a pessoa saia muito melhor do que quando chegou no atendimento, porque foi

conduzindo com base na necessidade e na realidade daquele usuário. Mas não teve respostas não. Não tem esse direito, tá em falta isso, aquilo outro, não. Mas a pessoa saía se sentindo ótima né? E aí eu “como é que pode isso?” E eu comecei a aprender um pouquinho com o colega no sentido “opa, peraí, então o sujeito é ele, ele tá apresentando a demanda”, então aí o que a gente pode fazer é de acordo, com mais calma, que a gente pode dizer no CRAS, a identificar essas necessidades e trabalhando com algo que seja um diálogo, é algo que a gente fala né, que seria a práxis social. Então é algo muito novo que tá ocorrendo assim (ASPAIF3).

O trabalho interdisciplinar tem provocado mudanças no fazer profissional do assistente social e vice versa, na medida em que amplia os conhecimentos profissionais, questiona a possível acomodação e prepara os profissionais para uma atuação mais ampla e adequada às necessidades dos usuários. Esse trabalho interdisciplinar, porém não significa, necessariamente, que todas as ações serão realizadas em conjunto pelos profissionais.

Acho que falta entender qual que é a questão da dupla porque o que a gente defende da necessidade de todo o território ter uma dupla assim de referência... isso não significa que a gente vá fazer todos os atendimentos em dupla. São coisas diferentes. É importante que eu assistente social ou psicólogo, eu tenha alguém com quem eu possa discutir os casos que eu atendo [...] E eu ter o psicólogo lá para eu poder dar o feedback daquilo que eu atendi... (ASPAIF1).

Da mesma forma, esses relatos não garantem que o trabalho interdisciplinar seja desenvolvido em todos os serviços, nem que ocorra sempre da forma como preconizada, havendo ainda muitos desafios a serem enfrentados.

A intersetorialidade é outro eixo de atuação dos assistentes sociais que perpassa a política de saúde e assistência social. A intersetorialidade pode ser compreendida por diversos sentidos: 1) como complementariedade entre os setores, 2) como prática, 3) como

articulação política na gestão pública, 4) otimização de recursos públicos ou 5) como trabalho em rede (TUMELERO, 2012).

A primeira noção é definida como ações integradas de diferentes setores visando ao atendimento da população, “cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida” (SCHUTZ, 2009, p.16). A intersetorialidade como prática visualiza nas ações integradas uma possibilidade de aprendizado do fazer, ainda que sob a perspectiva de cada setor em uma abordagem limitada a determinado território (SCHUTZ, 2009). A terceira noção de intersetorialidade relaciona-se a compreensão da articulação entre sujeitos de setores sociais diversos objetivando o enfrentamento de problemas complexos, podendo se configurar como ações e decisões compartilhadas, tanto em pesquisas para identificação das necessidades sociais quanto no planejamento e na avaliação das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2004). A quarta dimensão da intersetorialidade atribui à mesma a tarefa de otimizar recursos públicos na operacionalização das políticas sociais. Essa visão não implica em partilha de poderes, crescimento político ou a compreensão mais aprofundada das múltiplas dimensões que compõe a realidade social (JUNQUEIRA, 2004). Por fim, a quinta noção de intersetorialidade, compreendida como trabalho em redes, ou seja, ações conjuntas, principalmente no nível municipal, visando atender aos sujeitos sob práticas que primam por conexões entre atores sob relações horizontais, construindo ações complementares e integradas (TUMELERO, 2012).

No NASF e no PAIF, o trabalho intersetorial ora tem a perspectiva de complementação entre os setores, ora como prática, ora como trabalho em redes. Segundo os relatos dos profissionais, o trabalho intersetorial está presente em todos os DS, mas não necessariamente em todos os CRAS. É realizado principalmente através de reuniões da rede de serviços localizado nos territórios de abrangência do NASF e/ou do CRAS, a construção de fluxos entre os serviços de determinado território, o contato para discussão de casos específicos, o trabalho conjunto e integrado entre os serviços, entre outros.

As reuniões de redes são momentos utilizados para discussão de casos, articulação entre as instituições, planejamento de ações comunitárias e funcionam de forma diferente conforme o território em que acontecem.

[...] a gente também tem uma reunião de rede, assim lá, que vão várias instituições, ONGs... é uma reunião grande, uma vez por mês, onde ali não são discutidos casos, raramente, mas tem esse

contato bom que a gente consegue ter com as ONGs né? (ASNASF3).

No nosso [CRAS] são dois momentos, tem um momento da rede se articular e um momento para casos específicos (ASNASF2).

Nem todos os CRAS realizam ou participam das reuniões da rede intersetorial, mas todos relatam buscar articulação com os outros serviços do território e outras política sociais, sendo que para alguns profissionais, essa articulação depende mais do vínculo entre os profissionais do que dos próprios setores.

A gente consegue um vínculo... depende muito do profissional as vezes né? Mais do que o acesso à instituição né? O vinculo que tu cria com o profissional (ASNASF3).

O curioso é que esse trabalho de rede... ele tá... por mais técnico profissional que ele seja, ele tem sucesso quando tem um... uma certa aproximação com um colega de trabalho assim (ASPAIF3).

Esses relatos apontam para os inúmeros desafios que ainda necessitam ser vencidos para que o trabalho intersetorial seja de fato uma diretriz das políticas sociais e não apenas iniciativas isoladas dos profissionais. Da mesma forma, é também um desafio a construção de um trabalho interdisciplinar voltado para o sentido de interdisciplinaridade mais amplo, voltado para o trabalho com redes efetivas.

Outro desafio relatado pelos profissionais do PAIF é a dificuldade de articulação entre a própria política de assistência social. Segundo os profissionais, a articulação intersetorial com outras políticas sociais e serviços ocorrem, muitas vezes, de forma mais efetiva do que entre os níveis de complexidade do próprio SUAS.

[...] mas... de proteção básica para a média e alta...
[...] esse momento às vezes é muito fragilizado assim. A gente precisa construir enquanto assistência social no município... um fluxo ou algo que seja mais efetivo assim (ASPAIF3).

Com a educação, a saúde é tudo mais fácil do que com a própria assistência [social] (ASPAIF1).

Segundo os profissionais, o SUAS precisa olhar para o SUS como forma de ampliar a articulação entre os níveis de complexidade. Na área da saúde, a APS funciona como ordenadora do cuidado, ela realiza a referência para os serviços de média e alta complexidade, mas continua sendo a responsável pelo cuidado. Ao contrário do que acontece na assistência social.

[...] é nessa hora que o SUAS precisa olhar um pouco para o SUS para ver que... acho que tem um... o usuário do SUS ele tá na atenção primária, vai para a média, vai para a alta, mas tem esse fluxo mais tranquilo no sentido de... não sei se vocês tem essa impressão de ser mais tranquilo? Já na política de assistência não. Tem situações que, por exemplo, uma situação de direito violado de criança e adolescente, passa pelo Conselho Tutelar e está muito mais próximo da questão de judicialização, né? A assistência atendendo mais o judiciário do que a própria política de assistência, né? Então tem situações que essa discussão de caso é muito mais a média vindo para o CRAS e “ó a gente está para desligar essa família, então a gente precisa repassar para vocês a situação” do que o movimento do território (ASPAIF3).

As dificuldades de articulação entre os diferentes níveis de complexidade do SUAS no município de Florianópolis pode ser fruto da própria construção da política de assistência social no município, ou seja, os serviços de média e alta complexidade, de certa forma, já existiam no município antes da criação dos CRAS e já possuíam uma organização mais articulada com o âmbito da justiça do que com a própria política de assistência social. Como exemplo, podemos citar o Programa Sentinela, atualmente incorporado ao PAEFI, criado no município para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência. O referido programa desde sua criação esteve articulado aos Conselhos Tutelares, sendo essa a principal forma de acesso ao programa. Com a criação do SUAS e transformação do Sentinela em PAEFI, alguns fluxos, presentes no desenho anterior, foram mantidos, dificultando a articulação entre PSB e Proteção Social de média complexidade, como pode ser observado na fala de um dos assistentes sociais. Essa realidade, porém, se apresenta somente no município de Florianópolis.

Outros espaços fora de Florianópolis que eu tive contato, também é muito parecido com a questão da atenção básica na saúde [...] chega no CRAS, ele faz a referência para a especial, alta e média, mas o foco é o CRAS... a proteção básica. Mas aqui em Florianópolis não tem essa lógica (ASPAIF2).

São inúmeros os desafios encontrados pelos profissionais acerca do trabalho interdisciplinar e intersetorial no decorrer de sua atuação junto ao PAIF e ao NASF, incluindo a necessidade de se avançar em relação aos conceitos de intersetorialidade e interdisciplinaridade buscando desenvolvê-los em seu conceito mais amplo visando a construção de políticas sociais mais amplas e efetivas. Para isso, a compreensão e a busca pela participação social, pela mobilização social e pelo controle social também devem ser eixos de atuação dos assistentes sociais nesses espaços sócio-ocupacionais.

4.2.3 Participação Social e Controle Social

Assim como a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, a participação social e o controle social também podem ser consideradas ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais em todas as políticas sociais, visando a garantia da universalidade, a participação e a fiscalização por parte da sociedade civil na elaboração e na aplicação dos recursos financeiros das políticas sociais.

Apesar de nas normativas do NASF aparecerem de forma mais explícita o papel do assistente social na mobilização para a participação social, nos grupos focais ficou evidente que a atuação dos profissionais do NASF nesse eixo de intervenção tem sido focada apenas na participação nas reuniões dos conselhos locais de saúde, quando acontece. Além disso, evidenciou-se que os assistentes sociais do PAIF através das ações cotidianas, de coletivização das demandas, por exemplo, tem conseguido ampliar e desenvolver as ações de controle social e de mobilização social de forma muito mais efetiva que os profissionais da saúde.

Parte dessa situação ocorre devido à publicação da Carteira de Serviços e da PMAPS pela SMS que restringe a participação dos profissionais que não atuam como conselheiros nas reuniões dos CLS, por exemplo, situação trazida pelos profissionais do NASF.

A gente tem a orientação de acompanhar somente um conselho local de saúde (ASNASF4).

Em contrapartida, essa normativa tem sido seguida de forma diferenciada nos DS, sendo que alguns profissionais conseguem liberação para participarem de todas as reuniões do CLS das UBS em que atuam e outros não, gerando disparidades entre as ações desenvolvidas em cada DS por parte dos profissionais.

[...] a minha orientação ficou a minha... se eu quisesse ir em todos eu podia ir, só que daí é fora do horário, geralmente todos são a noite [...] com compensação de horas (ASNASF2).

Mesmo com essas restrições, que afetam diretamente a atuação do assistente social nessas ações, é claro para os profissionais a importância da profissão nesses espaços, assim com o reconhecimento do profissional de Serviço Social como protagonista na mobilização e no incentivo à participação social inserido tanto no NASF.

Eu acho que a gente enquanto assistente social tem um protagonismo, mesmo, nessa mobilização né? De estar também na assessoria das lideranças comunitárias, na mobilização, na elaboração de material educativo também para trabalhar, para mobilizar. Eu também desde que entrei no NASF ajudei na reativação de vários conselhos locais, né? Então tem um protagonismo mesmo assim. Enquanto assistentes sociais a gente tem esse protagonismo, né? (ASNASF4).

No que se refere ao PAIF, os profissionais entendem o CRAS como um espaço propício para a realização de ações de mobilização social, seja através da coletivização das demandas e ações nos territórios seja através dos atendimentos individuais.

E realmente, no espaço do CRAS a gente tem a possibilidade de fazer essa discussão mesmo nos atendimentos individuais, mesmo... porque é ali que a demanda chega, é ali que as pessoas vão chegar com fome, que as pessoas vão chegar com cada vez mais dificuldade de acesso né? (ASPAIF2).

Alguns profissionais, porém, apesar de entenderem a importância das ações de mobilização e participação acreditam que não tem

conseguido desenvolvê-las da forma como gostariam, devido a inúmeros fatores, entre eles a precarização do trabalho e a falta de recursos humanos dos CRAS.

[...] a gente tem toda essa necessidade de estar mobilizando sim, a gente... acredito né, que todo mundo tenta mobilizar o máximo possível naquele atendimento, ouvidoria, Ministério Público, não sei o que, mas aquele trabalho do CRAS né, de mobilizar a comunidade, enfim, a gente não acaba tendo condições de fazer esse trabalho, hoje, em Florianópolis, né? (ASPAIF1).

Mas, apontam para a necessidade de mobilização da sociedade civil e também dos próprios trabalhadores como forma de incentivo ao controle social e enfrentamento às dificuldades apresentadas pelos serviços e pelo contexto de crise pelo qual vem passando o país.

Eu acho que numa situação de crise a capacidade de mobilização aumenta. Mas falta para a gente um sentimento de unidade, de qual a direção política, não só enquanto profissão, mas enquanto PAIF, enquanto CRAS... (ASPAIF3).

[...] a questão da mobilização dos trabalhadores para lutar por melhores condições de trabalho [...] qual o recurso, como é que está a gestão dos recursos do município, como é que está o orçamento? Está escasso, está ok? Mas quais são as escolhas que estão sendo feitas? E como que a gente enquanto trabalhador, cada vez mais precarizado, estamos nos organizando? (ASPAIF2).

Foi entendimento do grupo também de que, em momentos de crise a capacidade de mobilização tende a aumentar, e o momento que o país tem vivenciado, de cortes de recursos para as políticas sociais, de retrocesso em relação aos direitos conquistados pela Constituição Federal de 1988, de não punição para a corrupção, etc, pode ser um momento propício para o fortalecimento da classe trabalhadora, que se encontra muito desmobilizada.

Um militante do DIEESE falou que nesses últimos dez anos teve o enfraquecimento da classe trabalhadora, porque foram dez anos de consenso ganha-ganha. Entra em greve pedindo 10, ganha

5, ambos ganham e ambos perdem, chegam a um consenso, volta a trabalhar e tudo continua. E foi isso que, segundo ele, deu uma desmobilizada geral na capacidade de organização dos trabalhadores. [...] Eu não tinha parado para pensar nisso... então de repente agora, com essa situação maior de crise a gente tenha esse sentimento de unidade maior assim. Porque a situação difícil vai continuar. Não dá para ficar nessa situação de só reclamando e num processo de adoecimento... tentando entender que direção política que vai ser essa... (ASPAIF3).

Segundo os profissionais essas discussões estão sendo incluídas nos Seminários, Congressos, e outros eventos da categoria profissional e da política de assistência social contribuindo para a reflexão dos assistentes sociais acerca do cenário atual e visando contribuir para a busca de alternativas para a mobilização e para a busca de uma maior unidade entre a classe trabalhadora.

4.2.4 Desafios para a atuação profissional

No decorrer da pesquisa, foi possível observar que existem inúmeras inquietações por parte dos profissionais e inúmeros desafios a serem superados para que a atuação profissional junto ao NASF e ao PAIF possa acontecer de forma mais qualificada e aproximada das normativas nacionais no que se refere à garantia das condições mínimas de trabalho. Entre os desafios estão a falta de profissionais, as exigências impostas pela gestão municipal, o trabalho interdisciplinar, o projeto neoliberal que visa a precarização das políticas sociais e o desmonte dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Inicialmente, o principal desafio posto aos profissionais do NASF e do PAIF é a falta de recursos humanos e a inadequação das equipes às normativas federais. No que tange ao NASF, o município conta com cinco assistentes sociais para atender a 137 eSF distribuídas nas 48 UBS nos cinco DS de Saúde. Isso resulta em uma média de 27,4 eSF por profissionais, sendo que efetivamente o número varia de 23 a 33 eSF por assistente social e de 6 a 11 UBS. Esse número, como já mencionado inúmeras vezes, encontra-se em desacordo com a Portaria nº 3.124/2012 que estabelece de 5 a 9 eSF por NASF.

Da mesma maneira, as equipes dos CRAS do município encontram-se desfalcadas se levarmos em conta a NOB/RH/SUAS. Das duas equipes de nível superior e dos dois técnicos administrativos por turno, previstas, alguns CRAS de Florianópolis contam apenas com três técnicos de nível superior, sendo que um atua na coordenação, e nenhum técnico de nível médio. Muitos CRAS não possuem a equipe mínima necessária para o funcionamento adequado do serviço e muitos profissionais encontram-se afastados ou cedidos para a gestão.

Essa falta de recursos humanos para atuarem nos NASF e nos CRAS ocasiona a precarização do trabalho, a sobrecarga dos profissionais e a redução da qualidade do trabalho realizado e muitas vezes têm como consequência o adoecimento dos profissionais, situação que é reconhecida pelos entrevistados.

Eu acho que todas nós aqui temos o mesmo contexto de trabalho, precário, né? Nós trabalhamos em uma situação desumana, posso dizer isso, porque é muita demanda, poucos profissionais, a qualidade do trabalho não é o que a gente gostaria que fosse. Mas não por culpa nossa, mas sim pela grande demanda, né? (ASNASF 1).

Da mesma forma, a falta de profissionais gera transtornos e dificulta o acesso da população aos serviços.

[...] a gente ficou uns oito, nove meses sem cadastrador, daí o cadastrador vem, é um estagiário [...] daí o estagiário chega, ele não está satisfeito porque não é remunerado nem da forma adequada, pagar aquele mínimo, daí ele tem outro vínculo, ele sai, o serviço tem uma agenda já estabelecida, né, porque vai agendando e tá sem cadastrador e como é que ele [o usuário] vai acessar? (ASPAIF1).

A situação do assistente social é ainda mais precária na saúde, se comparada com os outros profissionais que integram o NASF quando abordado a realidade do município de Florianópolis.

Eu vejo que tem bastante descaso entre nós assistentes sociais e isso desde sempre... com o nosso trabalho, enfim... nossa organização de trabalho e as outras categorias (ASNASF3).

O processamento do trabalho dos assistentes sociais está se realizando cada vez mais em condições precárias, seja de contratos, de salários e de meios para a atuação profissional. São inúmeras as dificuldades que emergem da sociedade capitalista e, frente às quais o assistente social se depara no seu cotidiano profissional. Ao ser chamado para implementar e viabilizar os direitos sociais o profissional vê-se impossibilitado de efetivar suas ações de forma eficaz por depender inteiramente de recursos institucionais e condições de trabalho para operar as políticas sociais, sendo que esses recursos e essas condições estão cada vez mais escassas. Condições dignas de trabalho são o mínimo para a efetivação do trabalho profissional frente às políticas sociais.

Na área da saúde, em especial no NASF, outro desafio que está relacionado a falta de profissionais é a inserção de residentes de dois cursos de residência multiprofissional em saúde da família, um vinculado à UFSC e outro a UDESC, na APS e no NASF do município. A inserção de residentes nos serviços tem como objetivo qualificar a formação de profissionais para o trabalho no SUS e, no caso dessas residências, na APS, porém o que se tem observado é que, muitas vezes, os residentes são inseridos sem nenhuma condição de trabalho, ocupando o lugar de profissionais efetivos, como forma de mão de obra barata para a gestão municipal. Esse é o caso de uma das residências, a PREMULTISF/UDESC, que utiliza os residentes para a composição das eSF.

Para o Serviço Social, a inclusão de residentes assistentes sociais tem gerado inúmeros debates e opiniões. Alguns acreditam que os residentes auxiliam nas demandas do dia a dia e contribuem para a qualificação dos serviços, outros acreditam que eles geram mais trabalho para o profissional, visto que ele passa a ter a atribuição da preceptoria. A inserção dos residentes também é vista como forma de suprir a demanda do serviço por mais profissionais e como forma de não contratar profissionais efetivos.

Com a vinda das residentes eu sinto que assim, é bem bom por um lado, bem positivo, mas tem a situação também que... acho que um pouco eles vão se acomodando por que acham que estão lá e estão tapando os buracos das assistentes sociais que faltam, entendeu? (ASNASF3).

Eu acho que é da opinião de todo mundo assim, que a residência, principalmente a da prefeitura

foi colocada como mão de obra barata, então eles utilizam muito essa desculpa [...] quando a gente vai questionar a necessidade de mais profissionais, eles sempre colocam isso, assim... “não, mas tem a residente né?” Eles querem utilizar os residentes como substituição de mão de obra. E assim, minha opinião sobre isso, das minhas experiências... elas auxiliam sim, dão bastante auxílio para a gente sim, porém nos dão trabalho também. Porque a gente tem que supervisionar todas as ações e os casos que são “punks” elas não dão conta sozinhas, a gente tem que intervir. Elaboração de relatórios, às vezes, a gente tem que estar em cima, e às vezes até refazer, que é uma coisa que dá mais trabalho do que tu pegar um relatório e fazer sozinha, iniciar e terminar. São... e eles sempre colocam isso, tem duas, três residentes em um território, mas isso não significa que diminui... (ASNASF1).

A forma de organização da preceptoria também é um desafio para os profissionais e ocorre de forma desigual na SMS. Em algumas UBS os residentes assumem completamente o serviço, enquanto que em outras o residente divide as responsabilidades pelas eSF e pelo território com o profissional do NASF. A preceptoria em alguns DS é realizada semanalmente com pontos de encontro duas ou três vezes na semana enquanto que em outros ocorre uma vez por mês, de acordo com a organização do assistente social que atua como preceptor. A forma encontrada muitas vezes para ampliar os pontos de contato entre preceptores e residentes é ampliando as UBS e o número de eSF que ficam sob a responsabilidade do residente.

A inserção dos residentes nos NASF tem mostrado a necessidade do profissional no apoio mais direto às eSF e aos usuários. De maneira geral, todos os assistentes sociais do NASF percebem um aumento significativo da demanda nas UBS em que os residentes atuam se comparado às demandas apresentadas para as profissionais antes da inserção do residente.

[...] são demandas que provavelmente não fossem aparecer... (ASNASF3).

[...] que a gente não fosse fazer, porque a gente não está lá (ASNASF2).

Isso mostra que quanto mais tempo o assistente social está presente nas UBS mais demandas chegam até o profissional e são percebidas pela equipe, da mesma forma que maior é a possibilidade de atuação do profissional visando atender aos objetivos colocados pela APS e para o assistente social no NASF.

Outra questão relacionada aos residentes é as implicações para o serviço após a saída do residente. Durante os dois anos que o residente atua no serviço, as possibilidades de atuação profissional são ampliadas, assim como a oferta de serviços e atendimentos, por exemplo, porém, com a conclusão do curso pelo residente, nem sempre essa vaga é ocupada por outro residente, devendo o assistente social do NASF retornar para a UBS. Porém, esse retorno não ocorre de acordo com as expectativas das eSF e na mesma proporção que ocorria com o residente, acarretando em questionamentos da equipe acerca da atuação profissional.

Agora saiu a minha residente [...] E o que que acontece? Eu vou ter que começar a atender [a UBS] de novo, até vir outra residente, se for vir, entendeu? Então é bem complicado. E como foi oferecido essa periodicidade de agenda, imagina, ela ia quatro vezes na semana [...], imagina eu ir agora meio período? Só que eu vou ter que explicar para as equipes, não vai ser da forma de quatro vezes por semana gente, nem matriciamento com todos eu vou conseguir fazer. Vai ser uma semana uma, outra semana outra, depois de um mês e meio é que vai ser com outra...[...] Bem complicado (ASNASF3).

Mas, apesar dessa precarização, os assistentes sociais referem que há certo reconhecimento do trabalho profissional, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais que atuam em conjunto com o assistente social nas duas políticas sociais.

[...] eu sinto que apesar de ter [...] toda essa precariedade, enfim né? [...] eu sinto que o trabalho tem visibilidade. Eu sinto (ASNASF3).

Visibilidade e também outra palavra reconhecimento... (ASNASF1)

Esse reconhecimento é visto por alguns como parcial, apenas na frente do profissional, visto que na medida em que é necessária a

mobilização por parte dos usuários e profissionais para auxiliar na viabilização de melhores condições de trabalho ou da ampliação do número de profissionais de Serviço Social para atuar no NASF ou no PAIF esse apoio não é ofertado.

Acho que até certo ponto... É para te dizer que você faz um trabalho bom... é para quando você sai, você pega um atestado, ou sai de férias... como você fez falta... como eu preciso de você... Mas na hora de meter a cara e falar [...] aquela mobilização [...] nos conselhos locais, já levei várias vezes [...] e nada! (ASNASF2).

O reconhecimento do profissional perpassa em alguns momentos a capacidade técnica do profissional na resposta para algumas situações que chegam às eSF, entre elas a habilidade de elaborar relatórios, pareceres e também a capacidade de análise da realidade do usuário.

[...] a importância que os outros profissionais da área médica dão para o Serviço Social na hora da análise da realidade do usuário (ASNASF1).

[...] para responder Ministério Público, responder judiciário. Eu percebo a importância que eles dão, o reconhecimento, sabe? Porque geralmente médico não sabe fazer relatório (ASNASF1).

Porém, o reconhecimento termina por aí, em especial na política de saúde. A lógica colocada para o NASF, que preconiza o matriciamento, é também um desafio a ser superado pelo profissional. As diferenças em relação às eSF, o perfil dos profissionais e a disponibilidade para a atuação em equipe, visando um trabalho interdisciplinar, influenciam diretamente na atuação do assistente social.

Outra questão, as equipes são muito diferenciadas, tem umas que gostam de fazer matriciamento, outras que só gostam de encaminhar, e tu tens que ter essa flexibilidade, esse molejo, porque se não você não trabalha (ASNASF1).

E a gente vai em unidades que na mesma unidade tem cinco equipes de saúde da família e cada uma com seu perfil, né? Tem unidades que aquela equipe “não... não vou deixar meia horinha para discutir caso contigo” é tipo assim corredor, cozinha, banheiro, o que dá... entendeu? Então

não é legal... e tem centros de saúde não que... naquele mesmo centro de saúde tem equipes que deixam seu horarizinho na agenda para matriciamento, sabe que você vai lá naquele dia, se não é a equipe médico, enfermeiro, enfim, que vai estar ali junto, mas um deles vai estar. Então isso aí, acima de tudo é respeito com o nosso trabalho, assim... né? Porque a gente já tem uma agenda corrida, enfim... e aquela coisa de banheiro, corredor, cozinha não é viável né? (ASNASF3).

O matriciamento foi criado para ser uma forma de horizontalizar as relações entre os profissionais de saúde do SUS, principalmente no primeiro nível de complexidade do sistema. Por ser uma prática relativamente nova, ainda possui muitas resistências em sua implantação, gerando muitas vezes situações desconfortáveis para os profissionais do NASF. Visando diminuir essas situações e propiciar um maior contato entre os profissionais da APS, o município de Florianópolis estabeleceu diferentes formas de contato entre os profissionais da eSF e NASF, entre elas o contato por e-mail, telefone, através de planilhas de gerenciamento de casos, entre outras.

[...] geralmente a gente faz discussão de casos por e-mail, por whatsapp, por telefone, por celular... (ASNASF1)

Essas ferramentas possibilitam uma maior agilidade no contato com os profissionais matriciadores, porém, da mesma forma, suspende a presença do profissional, que passa a atender as demandas da eSF de forma mais impessoal e não presencial. Atrelado a isso, os meios necessários para a implementação dessas práticas não são fornecidos pela gestão da SMS, ou seja, os telefones utilizados são os telefones pessoais dos profissionais e o acesso a computadores, internet, entre outros nem sempre é garantido ao profissional do NASF.

Inserido no NASF, o profissional encontra também um desafio que está relacionado à imagem da profissão para os outros profissionais, principalmente da gestão da política de saúde. É evidente que a gestão municipal da política de saúde acredita que a atuação do assistente social inserido nos CRAS dá conta de responder as demandas que chegam ao assistente social no NASF e, por isso, acreditam que o profissional não é tão necessário na política de saúde, podendo ser mantida a proporção atual entre assistente social do NASF e eSF.

[...] questionando por que só uma assistente social... [...] Foi falado que é porque tem a política do SUAS, entende? Então se tem o SUAS, dá para suprir essa falta que tem... tem o CRAS, o CREAS, o SEPREDI, até o Conselho Tutelar... mas tipo assim.. eles acham que tem essa rede... (ASNASF3).

Essa compreensão, muitas vezes errônea, é um dos fatores que levaram a essa pesquisa. Acredita-se que o assistente social tem fundamentos e uma base que é a mesma para a atuação nas diversas políticas sociais, porém as demandas que chegam às políticas sociais são diferentes de acordo com cada uma delas. Da mesma forma, a atuação profissional tem um objetivo e público alvo diferentes de acordo com o campo em que se encontra inserido. A dificuldade dos profissionais de sistematizar sua atuação também é um fator que acaba influenciando para essa percepção. Outra questão também é a formação profissional dos gestores, que, no caso da política de saúde, de maneira geral são médicos, que atuam numa lógica médico centrada e que possuem uma visão mais clínica da saúde e não a visão ampliada do conceito de saúde com base nos determinantes sociais.

E também é uma questão de gestão né? A gestão da saúde geralmente é um médico. E geralmente eles têm um olhar biomédico... tipo assim... o social, essa questão assim... são raros os médicos que tem (ASNASF1).

Essa visão mais clínica, também tem perpassado as discussões na política de assistência social, na percepção de alguns profissionais. Segundo eles, o trabalho junto ao território, com demandas coletivas muitas vezes é visto de forma restrita por alguns profissionais que ainda entendem a atuação profissional como o atendimento individual aos usuários dentro dos serviços.

A impressão que dá é que o serviço, ele foi organizado para atendimentos no local. É muito curioso isso. A partir do momento que... mesmo que haja esse incentivo de trabalhar questões coletivas e avançar o território há uma restrição, acho que um limite burocrático muito forte de como organizar esse serviço para ir para fora, porque é a consequência dele fechar o serviço. E fechar o serviço para alguns colegas, isso é algo

muito difícil assim. Por uma questão ainda histórica de tentar atender as pessoas (ASPAIF3).

Essa visão dos atendimentos individuais nos espaços dos serviços não só restringe a atuação profissional, como também não está isenta de dificuldades e desafios. Entre eles a falta de materiais, insumos, espaço físico e condições adequadas para a realização das atividades profissionais.

Segundo os profissionais do NASF e do PAIF, as UBS e os CRAS não têm oferecido condições mínimas para a atuação profissional. No NASF, a questão do espaço físico é ponto de consenso entre as dificuldades encontradas pelos profissionais. Por atenderem a mais de uma UBS e muitas vezes não terem dias fixos de atendimento, o assistente social não possui prioridade para a utilização das salas de atendimento.

É tudo uma precariedade né? Espaço físico, é bem complicado muitas vezes, depende do centro de saúde, a gente tem que ficar no auditório. (ASNASF3).

O que eu percebo assim, é que como eu não tenho dias fixos, diferente de todos os outros profissionais NASF, que está toda a terça feira e a sexta lá ou então toda a quarta feira, eles não organizam a sala para a gente (ASNASF2).

O fato de não possuir espaço físico rebate no atendimento ao usuário, que precisa aguardar até o profissional buscar um espaço adequado para a realização do atendimento.

[...] a gente tem que ir atrás né? Tem que ir atrás, e às vezes, o usuário vai esperar uns 5 minutinhos ali para eu achar uma sala, porque eu vou ter que achar, mas uma hora vai ter. O que acontece? De ter salas vazias, mas que daí não tem computador. Que daí não está sendo usado por não ter computador, mas daí eu atendo lá e depois eu vou registrar em outro momento, entendeu? Isso já aconteceu várias vezes. Então é isso. Eu não tenho sala fixa em nenhum lugar, nenhum (ASNASF2).

Como demonstrado pela fala acima, muitas vezes o profissional “dá um jeitinho” para garantir o atendimento do usuário e, mesmo encontrando um espaço físico para o atendimento, outras questões

acabam ficando de lado, como o registro, por exemplo. Para os profissionais do NASF, é necessário ter perfil para atuar na área da saúde, principalmente nesse espaço, devido às condições postas no dia a dia, que exigem do profissional adaptabilidade a diferentes condições e espaços de trabalho, flexibilidade frente às diversas situações que aparecem no cotidiano profissional e que muitas vezes incitam o profissional a atuar de maneira mais dinâmica, proativa e, de certa forma, resolutiva.

Eu acho que a gente tem que ter uma característica, todo profissional NASF, não só o assistente social, que é a adaptabilidade às diferentes equipes, aos diferentes territórios... [...]. A gente tem que ter essa flexibilidade, diferente daquela pessoa que trabalha... que tem a sua sala, um mesmo local todos os dias. Esse trato, essa dinâmica a gente precisa ter. A gente se torna um profissional muito dinâmico, porque são realidades diferentes [...] e a gente está num ritmo muito mais acelerado, com muito mais dinâmica e, às vezes, até mais resolutiva (ASNASF4).

Eu sempre falo que para trabalhar no NASF você tem que ter perfil, por que é uma realidade muito diferente, uma dinâmica diferente... por que assim... você chega no ambiente tu não tem uma sala fixa, não tem um telefone e não tem um computador. Em vários momentos você chega no local e não tem sala (ASNASF1).

Outros meios necessários para a atuação profissional, como acesso a computador, telefone, internet, entre outros, geralmente também não são garantidos ao profissional como se pôde observar. Essa situação faz com que o profissional utilize de seus próprios recursos para viabilizar o acesso ao usuário.

Eu uso meu celular para ligar, gente. Fiz meu celular de conta, eu tenho vários minutos sabe? Eu uso... (ASNASF2).

A gente faz bastante coisa, considerando as condições de trabalho, a falta de equipe técnica que é uma loucura gente, isso aqui... a gente não tem uma rede integrada, os nossos relatórios estatísticos são no excel, quando não tem

computador, quando não tem internet (ASPAIF 2).

Segundo os profissionais do CRAS, dois dos dez CRAS existentes no município encontram-se há aproximadamente nove meses sem internet, inviabilizando inúmeras ações. Nessa mesma lógica está a questão das visitas domiciliares, apesar de não ser a realidade do CRAS, que conta em média com três períodos por semana de acesso ao carro, os profissionais do NASF precisam adequar suas agendas se necessitarem utilizar os carros que estão disponíveis para as eSF. Somente um dos NASFs conta com o carro em um período no mês, que deve ser organizado entre todos os profissionais que compõe o NASF.

[...] o NASF tem [carro] uma vez por mês meio período. Aí é para a equipe toda do NASF (ASNASF1).

Isso novamente faz com que alguns profissionais assumam o risco de realizarem as visitas domiciliares com seu próprio veículo, situação que já implicou em danos materiais para um dos profissionais do NASF.

E tem o carro, né? Que a gente não tem e acho que isso é bem legal pontuar. A gente trabalha muito com visita domiciliar [...] e assim, muitas vezes eu faço com meu carro... eu sei que está errado, eu jurei que não ia fazer, já estraguei meu carro (ASNASF2).

Outra questão relativa às visitas domiciliares é que, esse instrumento muitas vezes é utilizado pelos profissionais de Serviço Social para suprir a ausência de espaço físico nas UBS.

Eu ia falar que, às vezes, a gente acaba fazendo visita por conta da estrutura. [...] Não tem onde atender. E se não for fazer visita não atende (ASNASF2).

A visita domiciliar é caracterizada por ser um instrumento que deve ser utilizado numa perspectiva de conhecimento da realidade e da dinâmica familiar como forma de garantir o acesso da família aos direitos social. Esse instrumento deve contribuir para a desconstrução dos rótulos acerca da vida da população propiciando a aproximação das diferentes realidades e potencializando a autonomia do sujeito (RIBEIRO, 2010). Deve ser sempre pactuada entre profissional e

usuário, visando garantir o direito de escolha do sujeito e sua autonomia. A visita domiciliar não deve ser utilizada de qualquer forma, visando suprir um problema de estrutura física dos serviços, sob pena de se tornar um instrumento invasivo e sem efetividade.

Todas essas dificuldades e desafios encontrados pelos assistentes sociais do NASF e do PAIF tende a se agravar com os cortes dos recursos das políticas sociais aprovados pela EMC 95/2016, situação que implicará num aumento das demandas para os serviços, na escassez de benefícios e insumos para o atendimento da população e na precarização cada vez maior das políticas sociais.

[...] que me parece que nos próximos anos, a política de assistência social será cada vez mais procurada e cada vez mais precarizada... cada vez com menos recursos e cada vez com mais gente para atender... (ASPAIF2).

O auxílio natalidade já estava atrasado há mais de um ano. Isso lá em janeiro quando eu liguei (ASPAIF1).

No caso da assistência social, esse corte de recursos implicará consideravelmente na oferta dos serviços e benefícios visto que já é uma política com poucos recursos e encarada como política residual.

é a política que tem o menor financiamento e que tem ainda resquícios e aí Florianópolis é muito claro isso. Resquícios de uma gestão que pensa a assistência com um residual, né? (ASPAIF2).

Segundo os assistentes sociais inseridos no PAIF, essas questões têm sido debatidas sob incentivo dos estagiários de Serviço Social e Psicologia, provocando mudanças na maneira de pensar dos profissionais. Essa situação demonstra a contribuição dos acadêmicos na medida em que causam inquietação e desconforto aos profissionais, possibilitando mudanças nos serviços e a não acomodação dos profissionais frente às desigualdades, injustiças e frente às demandas trazidas a partir das expressões da questão social.

[...] eles estão nos tensionando de uma maneira positiva a discutir as questões da EMC 95/2016. Como que a gente vai introduzir essa questão mais macro dentro do nosso processo de trabalho. Então, às vezes, é algo meio esquizofrênico, que a gente entra em uma situação da família e daí

daqui a pouco tem as reuniões semanais “olha gente, se a gente continuar nesse viés aqui, a situação do país está delicada a gente precisa ampliar isso, né?” (ASPAIF3).

A realidade de desmonte da seguridade social e da precarização das políticas sociais é um dos grandes desafios que deverá ser enfrentado pelo assistente social. É necessário não se acomodar frente à realidade posta e buscar meios para mobilizar a população e os trabalhadores para lutar em prol da garantia dos direitos.

A gente acaba naturalizando essa falta e não se organiza enquanto equipe ou enquanto serviço para “olha não tem, mas é um direito seu e pra acessá-lo você pode fazer isso, isso, aquilo outro”. E mesmo quando a gente orienta situações de judicialização ainda está sendo individual, né? Enfraquece... então a gente está problematizando isso também no CRAS (ASPAIF3).

O trabalho de fortalecimento é um desafio bem grande. São profissões que trabalham no Programa, orientação teórico metodológica diferenciada, com uma política com orientações determinadas para a execução das ações. Se já havia algumas restrições na oferta dos benefícios e serviços, levando em consideração o direito universal, no atual contexto político haverá mais cortes. E desta forma, será necessário desenvolver ações de mobilização, enfrentamento e resistência (ASPAIF3).

É fato que o contexto atual do país tem influenciado significativamente a atuação do assistente social inserido nas mais diversas políticas sociais, seja pelo aumento da demanda ao profissional, seja pela cada vez maior precarização das condições de trabalho. Portanto, é tempo de luta, de mobilizar trabalhadores e população com vistas a lutar pela construção de uma nova ordem social.

4.3 UM COMPARATIVO DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NASF E NO PAIF A PARTIR DO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS

O último eixo abordado nos grupos focais com os assistentes sociais do NASF e do PAIF está relacionado ao entendimento acerca da atuação do assistente social na outra política social, ou seja, os profissionais inseridos no NASF relataram seu entendimento acerca da atuação do assistente social no PAIF e vice versa.

Segundo o entendimento dos profissionais do NASF e do PAIF, as atuações profissionais se confundem na medida em que se afirma que os profissionais estão inseridos no mesmo território e atuam com as mesmas famílias, desenvolvendo ações assistenciais em detrimento do preconizado pelas normativas.

Eu acho que se confundem muito, né? Porque a gente está no mesmo território. São propostas de trabalho bem diferentes, só que o que a gente enquanto NASF [...] consegue fazer, eu acho que está muito próximo do que se faz no CRAS, né? Que é esse acolhimento, esse encaminhamento para as demandas imediatas, né? De alimentação, fraldas [...]. Mas são essas questões de benefícios imediatos, do que a equipe entende como trabalho do Serviço Social, que é essa mediação de conflitos, que isso o CRAS também consegue fazer. Esse atendimento na questão do idoso, que isso o CRAS também faz, se a gente for pensar né? (ASNASF2).

Porém, na realidade, a aproximação e a sobreposição das ações nada mais é do que o reflexo da precarização dos serviços e da falta de profissionais para atuar em ambos os espaços sócio-ocupacionais. Essa precarização não permite ao profissional do NASF e do CRAS desenvolver o trabalho que está preconizado pelas normativas, fazendo com que priorize ações assistenciais de acesso a direitos e benefícios, foco esse que se repete em ambos os serviços, gerando a ideia de que, na ausência do profissional do NASF o assistente social do CRAS pode dar conta das demandas de saúde.

Então eu entendo que é por isso, por conta da forma que a gente está colocado, que a gente acaba realmente assumindo essa demanda de assistência, porque é o que aparece para a gente né? (ASNASF2).

Essas afirmações também apontam para a influência da compreensão da eSF acerca do trabalho do assistente social. Na lógica

do NASF, quem identifica as demandas para o assistente social são profissionais de outras áreas do conhecimento, que muitas vezes tem uma visão limitada da atuação do Serviço Social, acarretando num limite em relação aos atendimentos dos profissionais.

Como principal diferença apontada pelos profissionais do NASF, encontra-se a premissa de que o trabalho do assistente social do NASF tem como público alvo também as eSF, ou seja, o atendimento das demandas relativas ao matriciamento, educação permanente das eSF, ações de prevenção e promoção da saúde e a participação em grupos voltados para os principais marcadores de saúde, como gestantes, diabéticos, hipertensos, etc. A atuação junto ao controle social e aos CLS também é uma ação que se diferencia da atuação do assistente social do PAIF.

A educação permanente, que era aquilo que eu entendia como o papel primordial, promoção, prevenção à saúde, participação nos grupos que já existem [...] articulação intersetorial, que a gente faz bastante, mas enfim... a parte do controle social, dos conselhos de saúde (ASNASF2).

O fato do CRAS se caracterizar por ser a porta de entrada dos usuários na política de assistência social enquanto o NASF ser o apoio aos profissionais que atuam na porta de entrada também é um diferencial entre os dois serviços, reconhecido por todos os profissionais.

Não somos porta de entrada também... então eu acho que acaba se confundindo muito nesse sentido, mas se a gente for ver realmente são papéis bem distintos né? (ASNASF2)

[...] e o assistente social do NASF a gente compreende que não é porta de entrada (ASPAIF3).

A atuação junto à comunidade, apesar de ser colocada pelas normativas como inerente aos dois campos, foi destacada como um diferencial na atuação dos profissionais do PAIF, pelos profissionais do NASF. Porém, ao mesmo tempo, se reconhece a necessidade de um trabalho conjunto e articulado com vistas à intersetorialidade entre as políticas de saúde e assistência social.

[...] até essa parte do trabalho na comunidade mesmo, que é o que o PAIF prevê muito né? [...]

E o quanto a gente pode estar junto com eles também. Nesse papel que eles são tão atuantes. Porque a gente não pode estar juntos? (ASNASF2).

Já os profissionais do PAIF referem que as ações intersetoriais e o trabalho com famílias e com a comunidade é um ponto que aproxima os profissionais das duas políticas sociais e, muitas vezes é onde os serviços conseguem se articular para desenvolverem ações conjuntas.

[...] a gente tenta trabalhar com o assistente social do NASF dessa forma, assim, já fizemos visita domiciliar conjunta, discussão de casos, a questão da organização do evento da ação comunitária (ASPAIF 3).

Além disso, os profissionais do PAIF reconhecem o trabalho realizado pelos profissionais do NASF no que se refere à identificação da rede de apoio interesetorial existente nos territórios de atuação, citando um trabalho desenvolvido por um dos assistentes sociais do NASF de mapeamento da rede intersetorial como gerador e incentivo para o desenvolvimento da gestão do território por parte do CRAS.

A rede de suporte social [...] a gente tem uma cópia lá. E tem nos ajudado muito como referência. Tanto quando há resistência de fazer a gestão territorial, porque tem o risco de fechar a porta e não vai ter atendimento, a gente mostra a rede de suporte social [...] “gente, mas a gente precisa fazer isso, para gente conhecer o território, se não a gente não vai ter propriedade para o trabalho que a gente está fazendo” e daí “ah, é... então tá”. A gente tá tentando... (ASPAIF3).

Apesar de atuarem no mesmo território e com as mesmas famílias, os assistentes sociais inseridos nas duas políticas sociais reconhecem, porém, que têm objetivos diferentes. Enquanto a atuação do assistente social do PAIF está voltada para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o assistente social do NASF tem sua atuação voltada para a ampliação do olhar dos profissionais das eSF acerca da saúde, auxiliando na promoção da saúde, prevenção de doenças, na mobilização popular e no trabalho intersetorial, contribuindo para a construção de redes de apoio social às equipes e à população usuária dos serviços da APS.

Acho que essa possibilidade de a gente poder estar fazendo grupos, oficinas, trabalhar com esse fortalecimento de vínculos (ASPAIF1).

[...] o CRAS, no sentido assim... tem aquele papel de fortalecimento de vínculos comunitários, fortalecimento de vínculos familiares (ASNASF1).

Outra questão que foi levantada pelos profissionais do NASF é o fato dos profissionais da política de assistência social acreditarem que o assistente social do NASF não conhece suas atribuições e por isso há uma duplicidade das ações.

[...] [eles acham que] tem duplicidade porque a gente não sabe o que faz na saúde (ASNASF2).

Essa afirmação surge pelo fato dos profissionais do PAIF conhecerem as portarias e normativas que regulamentam a atuação do NASF, porém não conseguirem visualizar os profissionais do NASF desempenhando tais atividades.

[...] essa é a crítica... eles sabem o que fazem. Eles leram, eles sabem o que que o NASF faz, mas eles não enxergam [a profissional do NASF] fazendo isso... (ASNASF2).

Para essa afirmação os profissionais do NASF rebatem referindo que se conhece sim sua atribuição, mas que as condições objetivas de trabalho não permitem que ela seja realizado de acordo com o preconizado.

[...] e a gente sabe o que faz e o que tem que fazer, só que a gente faz o que dá... (ASNASF2).

Para os profissionais do PAIF, porém, há um reconhecimento das limitações impostas pela forma de inserção dos assistentes sociais na APS do SUS. Para eles, é evidente que essa precarização do trabalho influencia na atuação do assistente social, principalmente no que se refere à quantidade de pessoas referenciadas ao profissional e a frequência do contato do profissional com as UBS.

Imagino eu que a gente tenha mais tempo de... para dar resposta, acompanhamento... a gente, cada dupla é referenciada para 5 mil famílias né? Vocês são para nove equipes né? Então são muito mais famílias... (ASPAIF1).

[...] o assistente social vai uma vez por mês né? (ASPAIF2).

Mesmo considerando essas limitações, o profissional do PAIF afirma reconhecer o trabalho do assistente social no NASF e ter o profissional como referência em situações que apresentam demandas da saúde.

É quem a gente tem de referência lá dentro que a gente pode estar pedindo socorro para algumas situações bem específicas da saúde (ASPAIF1).

Para os assistentes sociais do PAIF, o profissional que atua na APS tem como principal objetivo a garantia de direitos e a possibilidade de facilitar o acesso do usuário às demandas da área da saúde, seja através do contato direto com o usuário, seja através de ações de educação permanente com as eSF.

Minha compreensão que o assistente social do NASF está lá para estar articulando questões de direitos voltadas a saúde de fato né? Aquela questão... né? Do conceito ampliado de saúde (ASPAIF1).

A gente vê como um potencial de acesso aos direitos do usuário na área da saúde, por exemplo, um medicamento que não está padronizado no SUS, se a gente não sabe como, ou vai para o farmacêutico lá ou vai para o enfermeiro ou para vocês, então é mais um canal para estar garantindo esse acesso (ASPAIF 3).

Eu percebo que o NASF ele tá... muito para... estar instrumentalizando todas essas equipes sobre esses direitos né? Que também vai rebater na questão do atendimento a toda essa população também. E também no específico do direito à saúde... são questões que extrapolam o conhecimento das outras políticas né? Que seria a questão do direito ao medicamento, a questão do direito ao acompanhando, a questão do direito ao pré natal, a questão que acontece muito, né? (ASPAIF3).

É consenso entre os profissionais a importância da atuação do assistente social em ambas as políticas sociais e a necessidade de ampliar o número de profissionais que atuam na saúde e na assistência social, visando alcançar os objetivos propostos pela APS do SUS e pela PSB do SUAS.

Se tivesse mais contato era melhor, se tivesse uma assistente social em cada centro de saúde era perfeito (ASPAIF 3).

A questão da comunicação e da articulação entre as políticas também é colocada como fundamental para a desmistificação de todas as questões pontuadas e da pactuação de ações conjuntas entre as duas políticas sociais.

Com isso, apesar de cada política social ter sua especificidade, seus objetivos, atenderem a diferentes expressões da questão social, a atuação profissional irá se aproximar visando sempre a garantia dos direitos sociais, a equidade no acesso aos serviços sociais, a justiça social, entre outros.

Eu acho que o que converge é essa perspectiva... de... identificar os direitos que os usuários têm (ASPAIF1).

Mas a profissão de Serviço Social ela existe e se justifica... eu acho pela perspectiva que o profissional vai... encarar e se identificar nas diferentes políticas e vai entender que pra garantir um acesso... garantir o processo de saúde melhorado ele vai ter uma moradia, e isso coloca na questão da habitação... vai ter que ter condições de comer... atravessa saúde, atravessa o conceito segurança alimentar e nutricional, atravessa a assistência... então eu acho que o que aproxima é que o Serviço Social nesses espaços... ele vai garantir que talvez essa percepção exista (ASPAIF2).

É fundamental destacar, portanto, que o assistente social tem uma única formação que o permite atuar em diferentes campos sócio-ocupacionais e que as bases para atuação profissional também são as mesmas independentemente do campo de atuação em que atua. O que muda de um campo para outro são os objetivos profissionais, as

demandas encontradas, e o aprofundamento teórico do profissional, imprescindível para a atuação profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do SUS e do SUAS no município de Florianópolis, especificamente junto ao NASF e ao PAIF. Da mesma forma, buscou responder às inquietações presentes no cotidiano profissional dos assistentes sociais nas políticas de saúde e assistência social acerca do seu fazer profissional, apontando para a importância do profissional em ambos os espaços sócio-ocupacionais. Para isso, contou com a realização de pesquisa documental baseada nas principais legislações, normativas e orientações nos âmbitos nacional, estadual e municipal e de pesquisa de campo, realizada através de grupos focais com as assistentes sociais que atuam junto ao NASF e ao PAIF no município de Florianópolis.

Diante da análise dos dados coletados, foi possível evidenciar, primeiramente, que a atuação profissional do assistente social deve estar pautada nas atribuições e competências estabelecidas pela Lei que Regulamenta a Profissão, pelos princípios do Código de Ética Profissional e tendo como base fundamental o projeto ético político profissional. Ao se pensar em atribuições e competências, Yamamoto (2002) reafirma que elas não podem ser desvinculadas dos processos sócio-históricos, mas sim, pensadas no trato das novas demandas profissionais e do redimensionamento do espaço profissional decorrentes das configurações da sociedade contemporânea que amplia as desigualdades, prima pelo capital financeiro e estabelecem mudanças significativas nas relações entre Estado e sociedade. As demandas postas ao assistente social e o reordenamento do espaço profissional estão intrinsecamente atrelados aos processos de reestruturação produtiva que implicam na desregulamentação do trabalho e na organização dos trabalhadores, bem como estão marcados pelas lutas políticas travadas entre projetos societários antagônicos.

Da mesma maneira, o profissional deve ainda desenvolver competências teórico metodológicas, técnico-operativas e ético políticas independentemente do campo sócio-ocupacional em que esteja inserido, levando à constatação de que a atuação profissional em ambos os espaços *locus* dessa pesquisa terão bases comuns e portanto, se aproximarão.

Nessa mesma perspectiva, resgatando-se os eixos de intervenção profissional propostos por Miotto e Nogueira (2007), é possível afirmar, ainda, que eles também podem ser desenvolvidos independentemente da

política social em que o assistente social estiver inserido, realizando ações junto aos processos sócio assistenciais, de planejamento e gestão e político organizativos.

É fundamental destacar que a ação profissional possui elementos condicionantes e elementos estruturantes e que esses elementos influenciam significativamente na atuação do assistente social. Como elementos condicionantes da ação profissional, têm-se 1) o projeto ético político profissional, que expressa uma direção ético política calcada na matriz teórico metodológica marxista, que orienta os profissionais dentro de um projeto societário e que expressa valores que condicionam a finalidade das ações profissionais; 2) a natureza dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social, que incide e condiciona o fazer profissional, os objetivos das ações e a própria autonomia profissional; 3) as demandas/necessidades dos usuários (MIOTO; LIMA, 2009).

Já os elementos estruturantes podem ser entendidos como aqueles que sustentam as ações profissionais, ou seja, o conhecimento e investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos aos quais as ações profissionais estão destinadas e os instrumentos técnico-operativos (MIOTO; LIMA, 2009).

Os elementos condicionantes e estruturantes caracterizam o fazer profissional e o diferenciam conforme a inserção dos profissionais nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Em outras palavras, o assistente social, partindo das demandas postas pelos sujeitos, da finalidade assumida como horizonte para suas ações e localizado em seu espaço sócio-ocupacional, define os objetivos e o caráter da ação a ser realizada, assim,

toda definição é realizada através da investigação e do conhecimento das necessidades da população, expressas pelas suas demandas e na realidade particular de suas condições de vida e em diálogo com o corpo de conhecimentos já produzidos sobre as particularidades das situações e coerentes com a matriz teórico-metodológica que direciona determinado projeto profissional (MIOTO; LIMA, 2009).

Em se tratando especificamente do NASF e do PAIF, foi possível constatar que, apesar da atuação profissional se aproximar devido às bases e aos condicionantes da atuação profissional e devido ao contexto de precarização dos serviços no município de Florianópolis, os

objetivos, as demandas e a própria organização dos serviços possibilita uma distinção entre os mesmos.

Especificamente na área da saúde, foi possível verificar que as normativas do NASF em âmbito nacional, apontam para a necessidade do profissional desenvolver ações intersetoriais, de articulação de redes sociais e relacionadas ao controle social. Apontam ainda para a importância do trabalho do assistente social no território de abrangência das eSF que atende, possibilitando ampliar o foco das demandas individuais para demandas coletivas e desenvolver um trabalho mais próximo à comunidade. Em contrapartida, as legislações no âmbito municipal remetem a um trabalho do assistente social mais voltado para ações assistenciais e uma restrição em relação ao trabalho com o controle social e mobilização social. Apesar das normativas municipais preverem trabalhos voltados para a comunidade em conjunto com as eSF, a precarização do trabalho, o número restrito de assistentes sociais e as condições de trabalho oferecidas pelo município dificultam, quando não impossibilitam a atuação mais ampla do profissional.

A realidade municipal implica diretamente no fazer profissional do assistente social no NASF, situação que pode ser observada com a pesquisa documental. Segundo os dados coletados, apesar de haver certa dificuldade dos profissionais em relação a compreensão da atuação profissional junto ao NASF, as dificuldades impostas pela gestão municipal em relação à atuação profissional, principalmente no que se refere às condições objetivas de trabalho influenciam significativamente os objetivos, as demandas trazidas para o profissional, a autonomia profissional e, portanto, a própria atuação profissional. Para os assistentes sociais que participaram da pesquisa, o foco das ações no NASF deve ser a educação permanente e as ações de matriciamento com as eSF, porém, grande parte da atuação profissional está voltada para ações assistenciais, reflexo das condições de trabalho colocadas. O trabalho voltado para o território não apareceu na pesquisa documental.

Em relação aos objetivos do profissional do NASF, foi mencionado a ampliação do conceito de saúde, porém objetivos fundamentais como a promoção da integralidade da atenção, o trabalho interdisciplinar, entre outros não foram pontuados. As demandas apontadas pelos assistentes sociais do NASF estão diretamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde, apontando para a importância da articulação intersetorial para a resolutividade dessas demandas.

No que se refere ao PAIF, o assistente social tem como foco o trabalho com famílias, voltado para o território e para o fortalecimento de vínculos sociais e comunitários. Esses eixos, previstos pelas normativas nacionais, se repetem no âmbito municipal, que se caracteriza por não possuir legislações e normativas específicas em âmbito local. Os resultados da pesquisa documental seguiram basicamente a mesma lógica, observando-se um relato de um trabalho voltado para a coletivização das demandas, para um trabalho articulado com e no território de abrangência dos CRAS. Por outro lado, apontou para o questionamento por parte de alguns profissionais sobre o trabalho com famílias e dificuldades para identificar as atribuições privativas do assistente social na política de assistência social. Em se tratando de objetivos, o fortalecimento de vínculos comunitários e sociais foi o foco central dos profissionais pesquisados. Demandas relacionadas aos benefícios sociais também apareceram majoritariamente. Apesar de não estar explícito como atribuição do assistente social no PAIF, o trabalho com a participação social e o controle social surgiu como parte da atuação dos assistentes sociais nesse espaço sócio-ocupacional.

Aqui é importante resgatar novamente os eixos de atuação do assistente social trazido por Mioto e Nogueira (2007). Como já mencionado, os eixos não estão ligados a apenas um espaço sócio-ocupacional, mas podem ser identificados em todas as políticas sócias aqui estudadas. É possível identificar a atuação dos assistentes sociais no NASF e no PAIF em processos sócio assistenciais, realizando prioritariamente sócio educativas, em processos de planejamento e gestão e em processos político organizativos.

Apesar da atuação profissional possuir certa similaridade, existem inúmeras características e elementos que distinguem o fazer profissional nos dois espaços sócio-ocupacionais. Assim, enquanto o PAIF se constitui como porta de entrada da política de assistência social, o NASF é retaguarda para as eSF, não atuando como porta de entrada para a política de saúde. Enquanto o PAIF possui como objetivo central o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e, portanto, deve desenvolver ações tendo como público alvo as famílias em situação de vulnerabilidade social e as famílias beneficiárias de programas sociais; o NASF tem como objetivo ampliar o escopo e a abrangência das ações das eSF e tem como público alvo as eSF e os usuários. Enquanto cada dupla de profissionais inseridos no PAIF tem como normativa o atendimento a no máximo 5.000 famílias, o assistente social inserido no NASF tem como prerrogativa o atendimento de cinco a nove eSF, sendo

que cada uma é vinculada há aproximadamente 3.500 pessoas, gerando um público para o assistente social de no máximo 31.500 habitantes.

Apenas essas diferenças já implicam em um processo de trabalho distinto junto ao PAIF e ao NASF e apesar de ambos os espaços preverem ações semelhantes, como, por exemplo, as ações junto ao território e ações que busquem a intersetorialidade, a forma como essas ações serão realizadas serão distintas conforme o campo de atuação e os objetivos a serem alcançados.

É evidente, portanto, que a atuação profissional do assistente social na política de saúde e de assistência social é importante e não pode ser suprimida pela presença do profissional na outra política social. As demandas colocadas para o assistente social do NASF não serão supridas pelo assistente social inserido no PAIF e vice versa.

Destarte, a presente pesquisa também evidenciou que, no município de Florianópolis, por conta da situação em que se encontram inseridos os assistentes sociais no NASF e no PAIF e por conta da lógica neoliberal em voga, que precariza os serviços e as condições de trabalho do profissional e focaliza o acesso às políticas sociais, essa diferença entre a atuação profissional em ambos os espaços não se torna tão evidente.

A atuação do assistente social na política de saúde e assistência social é limitada pelas condições de trabalho, pela falta de recursos humanos, espaço físico, recursos materiais, pelas orientações e normativas municipais que priorizam ações assistenciais às ações de promoção, prevenção, articulação intersetorial e de mobilização social e pelas orientações que se distanciam da proposta inicial indicada no âmbito nacional.

Além disso, reconhece-se que a realidade de implementação da política de saúde, em especial do NASF no município de Florianópolis não é a ideal para a atuação do assistente social. Considerando que os determinantes sociais da saúde influenciam diretamente a situação de saúde da população, é fundamental que o assistente social, profissional diretamente relacionado com o social, esteja presente de forma mais ampla e qualificada na APS. O projeto interdisciplinar, o campo do social e da família, eixos da ESF, relacionam-se diretamente com o projeto político do Serviço Social, que está orientado pelos princípios da democracia, equidade, justiça social e pela busca de uma nova ordem societária, justificando a presença do profissional nas equipes mínimas da ESF. Hoje o que se tem observado é que cada vez mais as competências tradicionalmente atribuídas aos assistentes sociais estão

sendo delegadas a outros profissionais que não possuem formação técnica para atuarem nesse campo, afetando significativamente a qualidade das ações desenvolvidas na APS. Apesar do NASF ser um espaço de inserção do assistente social na APS formalmente criado pelo MS, não pode ser considerado como o espaço mais adequado para esse profissional, fazendo com que se defenda ainda mais a inserção do assistente social nas eSF.

O exercício da prática, portanto, não é tão simples como parece, são inúmeras as dificuldades que emergem da sociedade capitalista e frente às quais o assistente social se depara no seu cotidiano profissional. Ao ser chamado a implementar e viabilizar os direitos sociais aos sujeitos sociais, o profissional se vê impossibilitado de efetivar as suas ações de maneira eficaz por depender inteiramente de recursos institucionais e condições de trabalho – que estão cada vez mais escassas - para operar as políticas sociais. Cabe, portanto, ao profissional desenvolver suas habilidades críticas e criativas visando a criação de espaços de participação social e mobilização social com vistas a lutar em prol dos direitos sociais conquistados a partir da Constituição Federal de 1988 e que se encontram sob ameaça nos dias atuais.

Por fim, é fundamental mencionar que este trabalho foi apenas um início na discussão acerca da intervenção profissional nesses campos sócio-ocupacionais do assistente social e que reflete apenas, e de forma restrita, a realidade de um local específico. Faz-se necessário, portanto, a ampliação desse debate para toda a realidade nacional e a continuidade das pesquisas acerca da intervenção profissional, área que carece ainda de muitos estudos.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social. **Cadernos ABESS**, n. 07. São Paulo: Cortez, 1997.

ABRAHAMSON, P. Neoliberalismo, pluralismo de bem estar e configuração das políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. et al (orgs.). **Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004. p.109-134.

ALMEIDA, P.F. **Mapeamento e Análise dos modelos de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014. Disponível em: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[127\]ling\[1\]anx\[519\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[127]ling[1]anx[519].pdf). Acesso em 04/11/2015.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F e ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/ municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001, p.13-50.

ALVES, F. L. Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: a inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC, 2004.

ALVES, R.; BRASILEIRO, M.S.; BRITO, S. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**, nº 19, jul-dez/2004, p.139-148.

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.9-23.

BACKES, D.S.; et al. Grupo Focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, vol. 35, nº 4. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2011. p.438- 442.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.R. **Brasil em contra reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Política Social: notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, I. et al (orgs.). **Política Social**: Alternativas ao Neoliberalismo. Brasília: UnB, Programa de Pós graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004. p.161-180.

_____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.301-322.

BOITO Junior, A. Os atores e o enredo da crise política. In: JUNKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. **Porque gritamos golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. p.30-39.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de Outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 05/10/2015.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em: 05/10/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política**

Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acesso em: 10/11/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Norma Operacional Básica do SUAS – NOB-Suas.** Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf> Acesso em: 05/12/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOS-RH/Suas.** Brasília, 2006. Disponível em: http://www.mds.gov.br/cnas/politica-e-nobs/nob-rh_08-08-2011.pdf/download Acesso em: 22/08/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **CapacitaSUAS - SUAS: Configurando os Eixos de Mudança**, vol. 1. Brasília: MDS, 2008. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/SUAS_Vol1_%20Mudanca.pdf . Acesso em 06/11/2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.** 1ªed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf Acesso em: 17/06/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf Acesso em: 30/11/2016.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 05/09/2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a). Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 06/09/2014.

_____. **Portaria nº 3124/GM/MS de 28 de dezembro de 2012(b)**. Redefine as diretrizes e normas para a organização e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no âmbito da Atenção Básica, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em 06/09/2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF**, vol. 1 – O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. 1ªed. Brasília: MDS, 2012c. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf Acesso em:07/10/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF**, vol. 2 – O Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. 1ªed. Brasília: MDS, 2012d. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf Acesso em:07/10/2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2013. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em 05/11/2015.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.

Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf.
Acesso em 05/09/2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2014**: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social. Brasília: MDS, 2015. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Censo%20SUAS%202014.pdf. Acesso em 06/11/2015.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. **Política Social** – Módulo 03. Brasília: CFESS/ABEPSS/ CEAD-UnB, 2000, p. 103-115.

_____. Conselhos de Saúde e Seguridade Social. In: IX Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. **Anais...** ENPESS/ABEPSS, Porto Alegre, 2004.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, P (orgs). **Política e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p.197-216.

_____. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006, p.25-47.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. A saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, nº17, vol.1. Rio de Janeiro, 2007, p.77-93.

CAMARGO, M. **Configurações do processo de trabalho em que participa o assistente social na Saúde Coletiva no espaço sócio ocupacional da Atenção Básica**. 2009. 196 f. Dissertação (Mestrado

em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.4. Rio de Janeiro, 1999. p.393-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf> Acesso em: 22/07/2016.

_____. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicol. rev.**, v. 18, n. 1. Belo Horizonte, abr. 2012. p. 148-168. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17/09/2016.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, 23(2). Rio de Janeiro, fev/2007. p.399-407. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Apoio_matricial_e_equipe_de_refer%C3%A2ncia_uma_metodologia_para_gest%C3%A3o_do_trabalho_interdisciplinar_em_sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 22/07/2016.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwim16DPobbRAhWDRyYKHdXADGcQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Famazonia.fiocruz.br%2Farquivos%2Fcategory%2F83-2013-09-17-09-20-37%3Fdownload%3D1719%3A2014-03-19-17-45-18%26start%3D60&usg=AFQjCNHOC2LZMfmfuaT7HN9HU3FlcRQrJg> Acesso em: 20/06/2016.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, supl. Rio de Janeiro, jan/2002. p. S191-S202. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf> Acesso em: 30/09/2016.

CONILL, E.M; FAUSTO, M.C.R. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual:** causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Documento Técnico EuroSocial Salud; 2007. Disponível em: <http://brasil.campusvirtuaisp.org/node/181009> Acesso em: 01/08/2016.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Comissão de Orientação e Fiscalização. **Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social:** subsídios para aprofundamento do estudo. Brasília: CFESS, 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf> Acesso em: 01/08/2016.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social.** Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf Acesso em: 05/10/2016.

_____. **Resolução CFESS nº 569, de 25 de março de 2010.** Dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf. Acesso em 30/11/2016.

_____. **CFESS Manifesta – Serviço Social e análise de conjuntura.** Brasília: CFESS, abr/2015. Disponível em <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/2015-CfessManifesta-Conjuntura.pdf>. Acesso em 20/11/2016.

_____. **Primeiro-damismo, voluntariado e a felicidade da burguesia brasileira!** Nota técnica. Brasília: CFESS, out/2016. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1301>. Acesso em 25/11/2016.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social.** Brasília: CFP/CFESS, 2007. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CartilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf> Acesso em: 12/11/2016.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária. Seminário para estruturação de consensos. **Cadernos de informação técnica e memória de Progestores**. Brasília: CONASS, 2004.

CORDOVIL, A.C.B. **Intervenção profissional em Serviço Social na área da assistência social**: estudo da dimensão técnico-operativa na ação de assistentes sociais em CRAS na região metropolitana de Belém-PA. 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, v. 13. Brasília, 2007, p. 11-38.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000. p.35-72.

COUTO, B. R. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da assistência social. In: BRASIL. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2009, p.204-216.

COUTO, B.R. Assistência Social: direito social ou benesse? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, 2015. p. 665-677.

COUTO, B.R. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2014.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), 2011. p. 1029-1042. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036 Acesso em: 15/12/2016.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção de Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.39-53.

DRAIBE, S. M. As Políticas Sociais Brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: IPEA. **Para a Década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas - Políticas Sociais e Organização do Trabalho. vol.4. Brasília: IPEA, 1989. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5275 Acesso em: 02/07/2016.

_____. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino americanas. **Revista USP**, nº 17. São Paulo: Ed. da USP, 1993. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959> Acesso em: 15/11/2016.

_____. A Política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, vol. 15, nº 2. São Paulo, 2003, p.63-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000200004 Acesso em: 02/10/2016.

DRAIBE, S. M.; HENRIQUE, W. Welfare State, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n.6, vol. 3, São Paulo: ANPOCS/Vertice, fev/1988, p.57-78.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Lua Nova**. São Paulo: Marco Zero/CEDEC, nº 24, set., 1991, p.85-116.

FAGNANI, E. Política Social e Pactos Conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia & Sociedade**, n. 8. Campinas, jun., 1997. p.183-238.

_____. **Política Social no Brasil (1964-2002)**: entre a cidadania e a caridade. 2005. 604 f. Tese (Doutorado em Economia). Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, 2005. de doutorado.

_____. A política social no Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Texto para discussão IE/UNICAMP**, nº 192, 2011.

Disponível em:

<http://www.eco.unicamp.br/docprod/downarq.php?id=3105&tp=a>

Acesso em: 08/10/2016.

FALEIROS, V. P. **O que é política social?** São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **A política social do Estado Capitalista:** as funções da previdência e assistência sociais. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FLORA, P.; HEIDENHEIMER, A. **The development of Welfare States in Europe and America.** New Brunswick (EUA)/ London (UK): Transaction Books, 1987.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Garantia e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente 2010 – 2013.** Disponível em

<http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/27_07_2012_19.19.04.c888d8a23982e45d12b2903b1a9527f9.pdf>. Acesso em: 15/12/2016.

_____. **Lei complementar nº 465**, de 28 de junho de 2013, alterada pela Lei complementar nº 511/2015. Dispõe sobre a organização administrativa e a reestruturação de cargos da administração pública municipal e adota outras providências. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-complementar/2013/46/465/lei-complementar-n-465-2013-dispoe-sobre-a-organizacao-administrativa-e-a-reestruturacao-de-cargos-da-administracao-publica-municipal-e-adota-outras-providencias>. Acesso em: 15/12/2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços Atenção Primária em Saúde.** Florianópolis, 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 22/2016 de 09 de novembro de 2016.** Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde no município de Florianópolis. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/09_11_2016_19.22.11.15c07d7f4f076a46dcc0fd89aafde936.pdf. Acesso em: 05/12/2016.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FRASER, D. **The evolution of the British Welfare State: a history of a social policy since the Industrial Revolution**. London: MacMillan, 1984.

GERBER, L.M.L. A formação dos assistentes sociais em Santa Catarina: um estudo sobre o primeiro curso de Serviço Social do Estado (1958-1983). 2009. 247 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3), 2009. p. 783-794.

GUEIROS, D.A.; SANTOS, T.F.S. Matricialidade sociofamiliar: compromisso da política de Assistência Social e direito da família. **Revista Serviço Social e Saúde**. nº 12. Campinas: Unicamp, 2011. p.73-97.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, nº 3. Brasília, 2001, p.09-32.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão**. São Paulo: CFESS, 2002. p. 13-46.

_____. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional**. Florianópolis, 2006. CD-ROM.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009 (a). p.347-376.

_____. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs). **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2009b.p.13-43.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboços de uma interpretação histórico metodológica. 40ª ed. São Paulo: Cortez, 2014.

JINKINGS, I. Apresentação – O golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe. In: JUNKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. **Porque gritamos golpe?** Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016, p.13-18.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, nº 34, 2000, p.35-45.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: USP, 2004. v. 13, n. 1, p.25-36.

KONDER, L. **O que é dialética?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, n. 10, 2010, p.xx-xx.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos**: pensando as ações sócio-educativas. 2004. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LUDKE, M.; ANDRE, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, L.A. A dimensão educativa no trabalho profissional do assistente social no SUAS: a realidade de Santos, SP. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

LUZ, M. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Revista Saúde e Sociedade**, nº 2. São Paulo: USP, 2009, p.304-311.

MARSHALL, T.H. **Sociology at the crossroads**. London: Heinemann, 1963.

_____. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, E.V. et al. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MESTRINER, M.L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MIOTO, R.C.T. Que família é essa? In: **Trabalho com famílias**. Textos de apoio, nº 2. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2004, p.14-17.

MIOTO, R.C.T.; LIMA, T.C.S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**, nº1, 2009, p.22-48.

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V.M.R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007, p.273-303.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **Ser Social**, nº25, vol.11. Brasília, jul/dez, 2009. p.221-243.

_____. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katálysis**, v. 16, nº especial, Florianópolis, 2013. p.61-71.

MISOCZKY, M. C. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. **Saúde em Debate**. Londrina: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 47, jun. 1995, p.4-7.

MORGADO, R. Assistência Social: novos e velhos desafios. In: SOUZA, N.R.O.Q.; OLIVEIRA, A.L.S.; ALMEIDA, V.F.S.M. et al (orgs). **Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o assistente social**. 2ªed. Rio de Janeiro: Comaer, 2011, p.19-28.

MORGAN, D. Focus group as qualitative research. **Qualitative Research Methods Series**. 16. London: Sage Publications, 1997.

MOTA, A. E. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico político ao Serviço Social brasileiro. In: MOTA, A. E. (org.). **As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010. p.29-45.

_____. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência** e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S.; PERUZZO, J. F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (org). **Desenvolvimento e construção da hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 104-115.

MOTA, A.E.; MARANHÃO, C.H.; SITCOVSKI, M. O Sistema Único de Assistência Social e a Formação Profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 87. São Paulo: Cortez, 2006. p.163-177.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**, uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, A.E.; et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 2ª ed. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2007.p.141-160.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: característica, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 1, n.3, São Paulo, 1996, p.1-5.

NOGUEIRA, V.M. Estado de Bem Estar Social – origens e desenvolvimento. **Revista Katálysis**, nº5, Florianópolis, 2001. p.89-103.

_____. **O Serviço Social na área da Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2005. Trabalho não publicado.

OLIVEIRA, H.M.J. **Assistência Social: do discurso do Estado à prática do Serviço Social**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1989.

PAIVA, A.B. et al. **O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil**. Nota Técnica nº 27. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28588:nota-tecnica-2016-setembro-numero-27-disoc-o-novo-regime-fiscal-e-suas-implicacoes-para-a-politica-de-assistencia-social-no-brasil&catid=192:disoc&directory=1 Acesso em: 05/09/2016.

PAIVA, A.S.; COSTA, M.D.H. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. **Revista de Políticas Públicas**, v.20, nº1. São Luís, 2016. p.51-68.

PAIVA, B.A. O SUAS e os direitos socioassistenciais: a universalização da seguridade social em debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 87. São Paulo: Cortez, 2006. p.5-24.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

_____. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Revista Ser Social**, nº10. Brasília: UnB, 2002b, p.33-55.

_____. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I. et al (orgs.). **Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo**. Brasília: UnB, Programa de Pós graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004. p.135-160.

_____. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **Ser Social**, nº20. Brasília, 2007. p.63-83.

_____. Do Estado Social ao Estado anti-social. In: PEREIRA, P.A.P. (org). **Política Social, trabalho e democracia em questão**. Brasília: UnB, 2009, p. 209-115.

_____. **Política Social: temas e questões**. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Prefácio à 3ª edição. In: COUTO, B.R.; YAZBECK, M.C.; SILVA, M.O.S. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2014. p.13-18.

PEREIRA, P.A.P.; STEIN, R.H. Política Social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PIERSON, C. **Beyond the Welfare State?** Cambridge: polity Press, 1991.

QUINONERO, C.G. et al. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS. **O Social em Questão**. nº 30. Rio de Janeiro, 2013. p.47-70. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Quinonero_3.pdf. Acesso em: 06/09/2016.

RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serviço Social e Sociedade**, nº 104. São Paulo: Cortez, 2010. p.750-772.

RIBEIRO, C.J. Problematizando o instrumento visita domiciliar. **Sociedade em Debate**, vol.16, nº 1. Pelotas , 2010. p.209-221.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, M.P. Projeto ético político e a política de assistência: a centralidade da luta pela afirmação dos direitos. In: SOUZA, N.R.O.Q.; OLIVEIRA, A.L.S.; ALMEIDA, V.F.S.M. et al (orgs). **Política de Assistência Social no Brasil: desafios para o assistente social**. 2ªed. Rio de Janeiro: Comaer, 2011. p.8-18.

SANTIAGO, D.C.M.; GONÇALVES, N.C.B. Os desafios para a efetivação da teoria na sistematização da prática profissional do assistente social. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. **Anais**. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região, 2013.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, S. M. **Implantação do CRAS no município de Florianópolis: a efetivação do Sistema Único de Assistência Social no campo da proteção social brasileira?** 2008. 134 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SHIMAZAKI, M. E. A atenção Primária em Saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. p.10-16.

SCHUTZ, F. **A intersetorialidade no campo da política pública:** indagações para o Serviço Social. 2009. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial . **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004 , 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29734/31611>>. Acesso em: 29/08/2016.

SOARES, R. C. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (org). **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Recife: Universitária/UFPE, 2010, p.337-382.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 103. São Paulo: Cortez, 2010. p.453-475.

SOUZA, T.T.; MARTINI. D. **Monitoramento e avaliação como ferramentas de gestão do processo de trabalho integrado entre Núcleos de Apoio à Saúde da Família e equipes de Saúde da Família**. Revista de Saúde Pública de Florianópolis. Ano 2, nº 2. Florianópolis: SMS, 2014, p.15-19.

SPOSATI, A. Desafios para fazer avançar a Política de Assistência Social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 68. São Paulo: Cortez, 2001. p.54-82.

_____. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Revista Katálysis**, v.14, nº 01. Florianópolis, 2011. p.104-115.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, R. H. A (nova) questão social e as estratégias para seu enfrentamento. **Ser Social**. Brasília: UnB, nº6, 2000, p.133-168.

TEIXEIRA, S.M. Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? **Textos & Contextos**, v.9, n.2. Porto Alegre, 2010. p. 286-297.

_____. **A família na trajetória do sistema de proteção social brasileiro:** do enfoque difuso à centralidade na política de Assistência Social. Emancipação, vol.10, nº2, Ponta Grossa, 2010. p.535-549.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TUMELERO, S.M. Intersetorialidade na gestão social de políticas públicas. In: **Anais... VI ENAPEGS**. São Paulo, 2012.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Serviço Social e Práticas Democráticas. In: MOTA, A.E. et al (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2ª ed. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2007, p.242-272.

VAZQUEZ, D.A. **O Plano Temer/Meireles contra o povo: o Desmonte Social proposto pela PEC 241**. São Paulo: 2016. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2016/07/DesmonteSocialPlanoTemer.pdf>. Acesso em 25/11/2016.

VEIGA, L.; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, vol.7, n.1, 2001, p.1-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001 Acesso em: 12/02/2016.

VERDI, M. et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.283-304.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.Q. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n.15 (supl.). Rio de Janeiro, 2005. p.225-264.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica, nº 28. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28589:nota-tecnica-2016-setembro-numero-28-disoc-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamento-do-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil&catid=192:disoc&directory=1 Acesso em: 23/08/2016.

YAZBEK, M.C. Estado, Políticas sociais e Implementação do SUAS. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **CapacitaSUAS - SUAS: Configurando os Eixos de Mudança**, vol. 1. Brasília: MDS, 2008. p. 79-130. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/SUAS_Vol1_%20Mudanca.pdf . Acesso em 06/11/2015.

_____. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, nº110. São Paulo: Cortez, 2012. p.288-322.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “O assistente social na Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde e na Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social no município de Florianópolis: os impactos da organização e gestão dos serviços para a intervenção profissional” da pesquisadora Débora Martini, acadêmica do curso de Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa segue as recomendações da Resolução do CNS n. 466/2012 e tem como objetivo geral analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social no município de Florianópolis.

Para que se possa alcançar este objetivo, você participará de um grupo focal com outros assistentes sociais que atuam na mesma política social que você, onde serão apresentados temas para serem debatidos referentes ao seu processo de trabalho junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou ao Programa de Atenção Integral à Família (PAIF).

Informamos que a participação no grupo focal não envolve riscos aos participantes, no entanto, caso haja algum desconforto devido às temáticas apresentadas comprometemo-nos a não prosseguir com o mesmo. Você também não terá despesas para participar da pesquisa, porém, caso haja alguma despesa ela será ressarcida pela pesquisadora. Em casos de danos decorrentes da pesquisa, será garantida indenização ao participante. Informamos ainda que você não terá nenhum benefício direto com a pesquisa, mas estará contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de maneira geral à sociedade. Esperamos com os resultados contribuir para a melhoria da atuação profissional do assistente social no NASF e PAIF.

Comprometemo-nos também a manter o sigilo das informações fornecidas, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC, e que não se fará referência à identidade dos participantes no trabalho. Você tem garantia plena de liberdade para recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, neste momento ou posteriormente, nos disponibilizamos a realizar os devidos

esclarecimentos através dos seguintes contatos: com a pesquisadora Débora Martini, pelo telefone (048) 9953.0711 e/ou pelo e-mail: deb_martini@yahoo.com.br e/ou pelo endereço Rua Andreza Pinheiro Gonçalves da Silva, 66, Carvoeira/Florianópolis - CEP 88040-610; com a Profa. orientadora Dra. Keli Regina Dal Prá pelo e-mail: keliregina@yahoo.com e com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, prédio Reitoria II, Trindade/Florianópolis, pelo telefone: (048) 37216094 ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Consentimento Pós-Infirmação

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “O assistente social na atenção primária em saúde do sistema único de saúde e na proteção social básica do sistema único de assistência social no município de Florianópolis: os impactos da organização e gestão dos serviços para a intervenção profissional” e concordo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Informo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feito em duas vias, sendo que uma delas permaneceu comigo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2016.

 Assinatura do pesquisador

participante

 Assinatura do

APÊNDICE B - Roteiro para Grupo Focal - Profissionais do NASF

Eixo 1 – Perfil do Profissional

Eixo 2 – Atuação profissional no NASF

Eixo 3 – Dificuldades e Potencialidades da atuação profissional na política de saúde

Eixo 4 – Entendimento sobre o trabalho do assistente social no PAIF

Eixo 5 – Articulação intersetorial

APÊNDICE 3 – Roteiro para Grupo Focal - Profissionais do PAIF

Eixo 1 – Perfil do Profissional

Eixo 2 – Atuação profissional no PAIF

Eixo 3 – Dificuldades e Potencialidades da atuação profissional na política de assistência social

Eixo 4 – Entendimento sobre o trabalho do assistente social no NASF

Eixo 5 – Articulação intersetorial

ANEXO 1 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO SUS E NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DO SUAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: os impactos da organização e gestão dos serviços para a intervenção profissional

Pesquisador: Keli Regina Dal Prá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54829016.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.619.761

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de DÉBORA MARTINI sob orientação de Keli Regina Dal Prá, do programa de pós-graduação em Serviço Social. Estudo prospectivo, com 24 participantes. Critérios de inclusão: será utilizado o método qualitativo e será desenvolvida uma pesquisa documental, onde serão resgatados documentos federais, estaduais e municipais que norteiam a intervenção profissional nos campos de atuação do assistente social desse estudo e uma pesquisa de campo, onde serão realizados grupos focais com vinte

profissionais que atuam nos serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e quatro profissionais que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Florianópolis. A análise do material coletado será analisado através da análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a intervenção profissional dos assistentes sociais no primeiro nível de complexidade do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social no município de Florianópolis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não é previsto riscos para os envolvidos na pesquisa, trata-se de grupo que persistirá para a entrevistadora o comprometimento de sigilo conforme preconizado no Código de Ética

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.619.761

profissional, Lei 8662/93. Em caso de insatisfação explícita dos entrevistados, não será dada continuidade ao grupo focal, a fim de preservar a relação de respeito entre pesquisadora e entrevistado.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos. Uma possível contribuição é ampliar os estudos relacionados aos profissionais de Serviço Social no campo da saúde e da assistência social. Levantar algumas possibilidades de melhoria no campo de trabalho destas profissionais. Trazer a reflexão a respeito de suas condições de trabalho. Produzir conhecimentos desta área e campo de atuação, para o Serviço Social, tomando conhecidas as ações profissionais e mecanismos utilizados pelas Assistentes Sociais no NASF e no PAIF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto com relevância social e acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o pesquisador responsável está vinculado.

- Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) instituição(ões) onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12.

- Cronograma, informando que a coleta de dados se dará a partir de 23 de maio de 2016.

- Orçamento, informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores.

- Roteiro(s) da(s) entrevista(s) a ser(em) feita(s) com os participantes.

- TCLE para os participantes, em linguagem clara e adequada, que na versão anterior não atendia todas as exigências da resolução 466/12, não contemplando os seguintes itens:

- IV.3g: explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa.

- IV.3h: explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa -IV.5d endereço do pesquisador.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluímos pela aprovação do presente estudo uma vez que o pesquisador responsável atendeu ao que foi solicitado para adequar o TCLE.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: oep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.619.761

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_691880.pdf	13/06/2016 16:56:43		Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIAS.docx	13/06/2016 16:55:52	Keli Regina Dal Prá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.docx	13/06/2016 16:54:19	Keli Regina Dal Prá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_detalhado_2016.pdf	05/04/2016 09:07:57	Keli Regina Dal Prá	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_SMS_mestrado_001.jpg	04/04/2016 19:09:29	Keli Regina Dal Prá	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_projeto_debora_martini.pdf	04/04/2016 19:08:36	Keli Regina Dal Prá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de Julho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: oep.propesq@contato.ufsc.br