Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO REGIONAL DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL

Beatriz Fonseca Cerqueira- mat.: 11/0009029

Brasília, DF,

2015

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO REGIONAL DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL

Beatriz Fonseca Cerqueira- mat.: 11/0009029

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB, sob a orientação da profª. Dra. Andréia de Oliveira.

Brasília - DF, 29 de setembro de 2015.

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO REGIONAL DE ATENDIMENTO DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante:

Beatriz Fonseca Cerqueira.

_____

Prof. Dra. Andréia de Oliveira.

Orientadora.

_____

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli.

Examinador interno.

_____

Michelle da Costa Martins.

Examinadora externa

Dedicatória

Dedico esta monografia ao meu sobrinho e afilhado, Miguel Fonseca Cerqueira Alves.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado, de forma muito particular, força e determinação na minha trajetória acadêmica.

À minha família por sempre me inspirar e incentivar, independente das minhas escolhas e por acreditar em mim. Sendo essas as condições básicas para eu ter chegado até aqui. Não vou citar nomes para não ter que escolher o primeiro. Amo todos vocês!

Ao meu namorado Renato que meio sem querer participou de quase todos os momentos importantes da minha vida acadêmica, obrigada pela paciência, sabedoria e caronas.

Aos meus amigos de ensino médio por toda amizade ao longo desses oitos anos, com vocês que tive as melhores viagens e risadas.

Às minhas companheiras de curso por termos compartilhados as melhores vivencias, angustias, saberes e decepções. Sem dúvida com vocês minha trajetória na Universidade ficou mais especial e divertida.

À Assistente Social Michelle da Costa Martins e ao professor Reginaldo Guiraldelli por todo o carinho, respeito, informação ao longo da pesquisa.

À professora Andréia de Oliveira pela atenção, motivação e carinho. Agradeço imensamente pela sua paciência e sabedoria em conduzir este momento tão importante na minha trajetória acadêmica de forma tão majestosa.

Epígrafe

Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência
E o mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência
(Lenine)

Resumo

Esta monografia aborda o exercício profissional do assistente social no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar (NRAD`s), no âmbito da Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal. O objetivo é investigar as atribuições, as competências profissionais, os principais desafios e os limitadores do assistente social nesse âmbito. Assim, a pesquisa qualitativa deste trabalho se estruturou em dois momentos: a pesquisa bibliográfica onde foram selecionados dois artigos relacionados coma temática deste trabalho a serem trabalhados, acrescentando-se os estudos de livros, de capítulos de livros e legislações e resoluções que complementam a temática do estudo. Por último, a pesquisa de campo, entrevista semiestruturada realizadas com dois assistentes sociais dos NRAD`s. Os resultados da pesquisa revelaram, primeiramente, a escassez de artigos públicos correlacionados com a temática deste trabalho. Constatou-se, também, com base na pesquisa de campo, quão é relevante que o processo de trabalho na instituição seja organizado por uma equipe multiprofissional, com presença de um assistente social que perpassa o seu exercício profissional pelas mais diversas expressões da questão social.

Palavras-chave: Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar, Atenção Primária em saúde, Exercício Profissional, Serviço Social.

Abstract

This monograph paper examines the professional work of a social assistant at the Regional Home Care center (NRAD`s), in the context of Primary Health in Brasilia-DF (Federal District). The main objective is to analyze the functions, professional power and the main challenges and limitations of a social assistant in this field. Thus, the methodological approach of this study was structured in two different stages: the literature research performed on the online platform SciELO, which were selected two articles to be worked out, together with study books, chapters of other books and legal documents that complement the study subject; and the field research, semi-structured interviews conducted with two NRAD`s social assistants. The results of this research showed at first, how poorly were to find articles related with the subject of this paper work. It is also noted how relevant to the work process at the institution gets organized and thinking by a multidisciplinary and interdisciplinary team with the presence of a social assistant, who pervade their professional practice at the most diverse expressions of social issues.

Keywords: Regional Homecare Center, Primary Health care, Professional Practice, Social Work.

Sumário

Introdução **10**

Percurso Metodológico 14

Capítulo 1: O exercício profissional do assistente social no capitalismo contemporâneo. **18**

1.1. Trabalho e questão social na cena contemporânea e os desafios para o Serviço Social. 18

1.2. Projeto profissional e sua dimensão ético- político no Serviço Social 24

1.3. Serviço Social e as particularidades no âmbito da Saúde. 29

Capítulo 2: Atenção Primária em Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde **35**

2.1. Sistema Único de Saúde no Brasil. 35

2.2. Atenção Primária em Saúde: breve reconstituição histórica. 41

2.3. Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal: alguns apontamentos. 48

Capítulo 3: Atenção Domiciliar **54**

3.1. Modalidades da Atenção Domiciliar. 54

3.2. Atenção Domiciliar, uma breve caracterização: histórico, legal e conceitual. 57

3.3. Reflexões sobre o "Programa Melhor em Casa" 63

Capítulo 4: Análise de Dados **67**

4.1. Trabalho em equipe nos NRAD`S 68

4.2. Contribuições e Atribuições do Serviço Social nos NRAD`S 71

4.3 Condições de trabalho no NRAD`s, os principais desafios. 79

Considerações Finais **83**

Referências Bibliográficas **85**

Introdução

No final da década de 70 e inicio da década de 80, quando a classe trabalhadora lutou e reivindicou por direitos sociais, políticos e econômicos justos e igualitários, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988/CF, trazendo a noção de proteção social "pautada na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais"(BRAVO, 2000, p. 01), ou seja, difundiu o direito à Saúde, à Assistência Social e à Previdência Social.

Nesse período, o campo da Saúde teve um personagem fundamental na luta por um novo sistema de saúde único e universal, preconizando a "concepção ampliada de saúde e postulado o paradigma da determinação social como estruturante do processo saúde-doença" (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 222), o Movimento de Reforma Sanitária.

O Projeto de Reforma Sanitária floresceu nos anos 80, tendo a participação da sociedade civil, dos profissionais de saúde e de estudiosos que lutavam por um Estado democrático e de direito garantido por meio de políticas publicas, essencialmente, política de saúde integral e universal, e regido por um sistema único de saúde.

O marco mais importante desse movimento foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde o debate em prol da saúde ultrapassava as questões setoriais para uma argumentação mais ampla de garantia a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando um sistema único pautados nos princípios sanitários:

> [...] democratização do acesso; universalização de ações; descentralização; melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações. (BRAVO, 2009, p. 02).

Posteriormente, é estabelecido no Artigo nº. 196 da CF de 1988, a saúde como "direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças, outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação", sendo assim, estabelece-se que as ações e serviços públicos serão realizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada por um Sistema Único de Saúde-SUS, regidos e organizados pela Lei Orgânica nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e complementar nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, passando a saúde a ser compreendida como um processo multifatorial e complexo.

Portanto, a saúde deve ser pensada no seu conceito ampliado, na substituição do modelo vigente hospitalocêntrico para o processo de saúde-doença, em que algumas determinações do processo de saúde-doença tornam-se imprescindíveis. De acordo com BUSS e FILHO (2007 p.78), essas determinações são os: "fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população", ou seja, " as características sociais dentro as quais a vida transcorre", De acordo com a Lei nº. 8.080:

> [...] tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso de bens e serviços essências, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Partindo das premissas acima, segundo MIOTO e NOGUEIRA (2009), a saúde passa a ser um campo fértil para o Serviço Social, uma vez possui um arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político capaz de compreender e de identificar as mais diversas expressões da questão social, que é objeto central do seu exercício profissional.

O assistente social inserido no campo da saúde tem subsídios necessários para compreender as múltiplas determinações do processo de saúde-doença que interferem significativamente na vida dos usuários, criando no seu cotidiano profissional, táticas e estratégias de respostas que atendam as demandas e interesses dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até atenção terciária na lógica de integralidade.

Além disso, a inserção do assistente social no campo da saúde propicia, de acordo MIOTO e NOGUEIRA (2009), uma aproximação mais sistemática entre a política de saúde vigente, as ideias sanitaristas e do projeto ético-político da profissão por meio de suas ações e competências profissionais que estão embasados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da saúde.

O Serviço Social na área da saúde fomenta não somente a aproximação da política de saúde vigente, mas com toda a política pública. O exercício profissional permite ao assistente social compreender e identificar as mais diversas expressões da questão social da população, e acredita-se que suas respostas perpassam por diversas políticas públicas, tais como: assistência social, educação, previdência social (MATOS, 2009).

Por isso, torna-se importante que os profissionais de Serviço Social tenham conhecimentos para além da área da saúde e de toda a política pública que subsidia seu

exercício profissional diante da equipe multiprofissional na qual se insere. Sendo assim, torna-se de suma relevância que os assistente sociais tenham compreensão da conjuntura contemporânea, instaurada pelos ideários neoliberais que reestruturaram o mundo do trabalho, da produção e da reprodução das relações sociais.

Assim, o Serviço Social, respaldado pelo projeto ético-politico e pelos princípios sanitaristas, surge como um "elo invisível" do Sistema Único de Saúde, no que tange, principalmente, a atenção primária em saúde, para tentar responder através de novas estratégias e ações as demandas e as necessidades dessa nova forma de produção e reprodução das relações sociais (MATOS, 2009).

A Atenção Básica ou Atenção Primária em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma ação integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 21).

Para tanto, as práticas de saúde, nesse âmbito, serão voltadas para atender as diferentes necessidades e demandas de saúde nos diferentes territórios, de acordo com "critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida" (BRASIL, 2012, p. 21). Tornando-as imprescindível para que o trabalho em equipe seja multiprofissional, interdisciplinar (Equipes de Atenção Básica) e norteadas pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanização, vínculo, equidade e participação social.

E como apoio e estratégia das Equipes de Atenção Básica surge a Atenção Domiciliar como:

> [...] uma nova modalidade de atenção à saúde substitutiva e complementar às existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicilio, com a garantia continuada de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASILIA, 2012).

A Atenção Domiciliar à saúde passa a existir, na verdade, como uma resposta as mudanças ao longo dos anos na sociedade, tais como: aumento do envelhecimento populacional; aumento de doenças crônicas não transmissíveis; aumento dos custos hospitalares; desenvolvimento tecnológico propício para atendimento em domicilio; e além

dos diversos determinantes sociais e econômicos que influenciam a permanência e ampliação da Assistência Domiciliar à saúde.

Atenção Domiciliar no âmbito nacional será realizada pelo "Programa Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar", e no DF Atenção Domiciliar será realizada pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar- NRAD's[1]. E emerge como uma forma de operacionalização da Assistência Domiciliar, no âmbito da Atenção Primária em saúde, constituído por Equipe Multiprofissional, tendo por finalidade o atendimento das necessidades da população assistida em determinado território.

Dessa forma, o objeto de estudo deste TCC está voltado para a análise do exercício profissional do assistente social no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar, no âmbito da atenção primária em saúde, no Distrito Federal. Para tanto, é fundamental compreender e identificar quais são as principais competências, atribuições, avanços e desafios dos profissionais dentro e fora de equipe multiprofissional na qual está inserido o profissional de assistência social.

E para alcançar os objetivos acima, este trabalho foi dividido em quatros capítulos. O primeiro capítulo está voltado para a sistematização do exercício profissional na conjuntura contemporânea, o segundo capítulo faz a caracterização da atenção primária em saúde estudando o histórico da constituição da política de saúde no Brasil; o terceiro capítulo é a caracterização da Atenção Domiciliar no âmbito histórico, legal e conceitual; no quarto e último capítulo tem-se a análise dos dados coletados pela pesquisa de campo, os quais serão explicitados no próximo tópico; e por fim têm-se as considerações finais.

Assim, o próximo tópico tratará do percurso metodológico para alcançar os objetivos previstos com este TCC.

[1] Vale salientar que Atenção Domiciliar no âmbito nacional é realizada pelo "Programa Melhor em Casa" e no Distrito Federal pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar. Contudo, todos os recursos destes vêm do "Programa Melhor em Casa".

Percurso Metodológico

Antes de adentrar no percurso metodológico deste Trabalho de Conclusão de Curso, vale salientar que este trabalho acadêmico faz parte de uma pesquisa maior do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-UnB, em parceira com Secretária de Saúde do Distrito Federal- SES/DF: *"O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal"*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Universidade de Brasília- CEP/IH. Objetiva analisar as transformações contemporâneas do trabalho do Assistente Social na área da saúde, principalmente, na Atenção Primária em Saúde-APS no Distrito Federal-DF. Para tanto, é fundamental compreender as atribuições, competências, avanços e desafios do exercício profissional do assistente social na área da saúde.

Porém, a pesquisa foi dividida em núcleos específicos, onde os assistentes sociais estão lotados, tais como: Núcleos de Apoio à Saúde a Família (NASF), Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD's), Centros de Saúde, Consultórios na Rua e Saúde Prisional. E pela escassez de estudos e pesquisa, e por questões de preferências pessoais e didática, escolheu-se para ser trabalhado neste TCC o exercício profissional do assistente social nos NRAD`s do DF.

A pesquisa qualitativa deste Trabalho de Conclusão de Curso-TCC estruturou-se em dois momentos diferente, mas complementares. O primeiro consistiu na pesquisa bibliográfica, e num segundo momento incidiu sobre a pesquisa de campo, sendo as/os assistentes sociais dos NRAD`s os/as sujeitos da pesquisa. Entendendo que ambos os momentos são imprescindíveis para a interconexão do objeto e das conclusões do estudo.

Antes, contudo, faz-se necessário dimensionar o que é a metodologia no âmbito da saúde, segundo MINAYO (2006), é compreender que o conceito sociológico de saúde é mais amplo, abrangendo a "totalidade das relações sociais e o investimento emocionais que contém e se expressam no cultural" (MINAYO, 2006, p. 29).

Ainda segundo MINAYO (2006, p. 44) "discutir metodologia é entrar num forte debate de ideias, de opções e de práticas", onde existe uma articulação dos instrumentos, teorias e métodos com os resultados achados, de maneira a garantir a interlocução entre o objeto e os objetivos do estudo de pesquisa.

> Marco metodológico: fundamenta teoricamente o "caminho do pensamento" seguido pelo investidor, ou seja, sua escolha metodológica, que deve corresponder à necessidade de conhecimento do objeto. A partir daí, define, nessa ordem: o método ou métodos, as estratégias, as técnicas e os procedimentos que se usará. A proposta metodológica deve contemplar e detalhar todas as etapas de operacionalização da pesquisa. (MINAYO, 2006, p. 44)

Assim, acredita-se que a pesquisa bibliográfica é um dos caminhos mais precisos para encontrar as soluções do objeto de pesquisa, por meio de aproximações sucessivas da realidade, da sua carga histórica e de suas diferentes realidades, ou seja, o processo de pesquisa bibliográfica se dá através de indagações e reconstruções do objeto de pesquisa na compreensão e apreensão das perspectivas teóricas e do "conjunto de técnicas definidas pelo pesquisador para alcançar respostas ao objeto de estudo" (LIMA e MIOTO, 2007, p. 39).

A pesquisa bibliográfica foi realizada pela internet, onde se acredita que hoje seja um dos meios mais rápidos e eficientes para encontrar artigos e estudos científicos. Adicionou-se ainda a reflexão sobre livros, capítulos de livros e documentos que complementaram a base de estudo.

Para tanto, a base mais indicada para esse tipo de pesquisa é a plataforma *ScientificElectronic Library* Online- SciELO[2], caracterizada como uma biblioteca virtual onde são publicadas revistas cientificas brasileiras, em formato virtual com a finalidade de responder "as necessidades da comunicação científica nos países em desenvolvimento"(SCIELO, 2009 *apud* GARCIA, 2009). E tem como parceiros a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-Fapesp, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - Bireme e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Cientifico e Tecnológico- CNPq.

Assim, a pesquisa bibliográfica dividiu-se em três momentos diferentes até a seleção dos dois artigos analisados: o primeiro momento, a pré-seleção de descritores; o segundo momento, exclusão de descritores, que não tinham interlocução com temática estudada neste TCC; e terceiro momento, a seleção de dois artigos[3].

Quadro 1. Referências de artigos analisados.

ARTIGO Nº.	AUTORES	TÌTULOS	REVISTA
Artigo 1	Maria Ribeiro Lacerda,	"Atenção Domiciliar à	*Revista Saúde e Sociedade*

[2]Vale salientar que algumas informações foram retiradas do artigo GARCIA, 2009, e do próprio sítio do SciELO,<www.scielo.br>.
[3]Artigos usados como referência no capítulo terceiro deste trabalho.

	Clélia MozaraGiocomozzi, Samantha ReikdalOliniski e Tiago ChristelTruppel	Saúde no Domicilio: modalidades que fundamentam sua pratica"	[online] Vol. 15, n.02, 2006.
Artigo 2	Tania Cristina Morais Rehem e Leny Alves Bomfim Trad	"Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira"	*Revista Ciência e Saúde Coletiva* [online] Vol. 10, 2005.

Já a pesquisa de campo foi uma fase essencial para a consolidação da interconexão entre o objeto e os objetivos de pesquisa, onde será construída, segundo MINAYO (2006), a relação intersubjetiva entre o pesquisador e pesquisado, que no caso deste trabalho são os/as assistentes sociais, por isso, é fundamental estabelecer "suas hipóteses e seus pressupostos teóricos, o seu quadro conceitual e metodológico, suas interações em campo, suas entrevistas e observações, suas interrelações com os pares" (MINAYO, 2006, 202) para consolidação da pesquisa de campo.

Dessa forma, a pesquisa de campo teve por enfoque a análise do exercício profissional dos/as assistentes sociais no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar do Distrito Federal, onde foram realizados duas entrevistas com as/os profissionais. Um com carga horária de 40 horas semanais e outro com carga hora de 20 horas semanais. E o instrumento de coletadas de dados utilizados foi a entrevista semiestruturada [4], acreditando que essa seja a mais indicada para esse tipo de pesquisa, pois permite que a entrevista seja mais flexível dando a possibilidade de observação de novos temas e questões, aprofundando e ampliando ainda mais o objeto e os objetivos de pesquisa.

Há também alguns pontos que norteiam o estudo deste objeto, o principal objetivo é analisar as atribuições, competências profissionais, os principais desafios e limitadores do trabalho do assistente social. Assim, é fundamental mapear o universo quantitativo do assistente social nos NRAD`s e compreender a inserção destes junto à equipe multiprofissional, tendo em vista as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-politica como requisito para o exercício profissional.

Para a concretização desses objetivos, contou-se com a participação de alguns colaboradores que deram amparo ao acesso a informações pertinentes para andamento da

[4]O roteiro da entrevista semiestrutura e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE encontram-se nos anexos deste trabalho.

pesquisa de campo deste trabalho, como, por exemplo, os assistentes sociais dos NRAD`s no DF, através de contato telefônico e online com esses profissionais.

Pelos dados quantitativos apresentados, chegou-se a uma amostra a ser trabalhada na pesquisa de campo. Há, atualmente, no DF, onze assistentes sociais atuando nos NRAD`s, dentre os quais dois profissionais foram convidados a participarem da entrevista semiestruturada [5].

Sendo assim, a primeira parte da pesquisa de campo consistiu na entrevista semiestruturada realizada pessoalmente com os/as assistente sociais dos NRAD`s no período de julho a agosto/2015. E por questões éticas, em todas as entrevistas foram entregues e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, onde se explicitou de maneira clara e objetiva aos participantes da pesquisa a justificativa, os objetivos, os procedimentos metodológicos e resultados esperados, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução CNS 466/2012.

Assim, foram mantidos em total sigilo os nomes dos participantes das pesquisas e as informações fornecidas por esses profissionais. Para melhor entendimento, os participantes da pesquisa de campo foram denominados como: Sujeito/a Um e Sujeito/a Dois.

A entrevista semiestruturada continha questões tanto sobre a formação profissional, sobre o dia-a-dia do trabalho quanto sobre a organização política dos profissionais, objetivando compreender o universo objetivo e subjetivo que insere o exercício profissional do assistente social na Atenção Domiciliar na contemporaneidade.

A segunda parte da pesquisa de campo consistiu na descrição e análise dos dados gerados pela investigação. Por questões de estrutura e estética, a análise de dados serão explanados no quarto capítulo deste trabalho.

[5]Lembrando que entrevista semiestruturada foi elaborada conjuntamente com toda a equipe da pesquisa maior, mencionado na introdução deste trabalho.

Capítulo 1: O exercício profissional do assistente social no capitalismo contemporâneo.

Trata-se neste primeiro capítulo, do exercício profissional na conjuntura contemporânea e como o projeto profissional está sendo vinculado com a questão social a qual repercute diretamente nas relações sociais e econômicas dos indivíduos, transformando seu modo de vida. A análise do exercício profissional está ancorada historicamente na tradição marxista e, por isso, não pode ser dissociado das dimensões do Serviço Social, qual seja: a dimensão teórica-metodológica, técnico-operativa e ética- política.

1.1. Trabalho e questão social na cena contemporânea e os desafios para o Serviço Social.

O presente tópico desenhará a questão social e as atuais mudanças no mundo do trabalho e seus desdobramentos para o Serviço Social e como a profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho. Para tanto, será sistematizada de maneira a compreender a instauração de uma nova conjuntura contemporânea, regida pelos ideários neoliberais que reconfiguraram o mundo do trabalho de maneira tal que as expressões da questão social também se modificaram, requerendo do assistente social um repensar do seu exercício profissional na lógica da consolidação do projeto ético-político vinculado à luta da classe trabalhadora por uma nova ordem societária.

De acordo com IAMAMOTO e CARVALHO, 2006, o Serviço Social é uma profissão historicamente construída na especialização do trabalho coletivo, sendo inserida na divisão social do trabalho e tendo um perfil peculiar de "apreender as implicações sociais que conformam as condições desse exercício profissional na sociedade atual". Dessa maneira, o exercício profissional do assistente social está ligado diretamente com processo de produção e reprodução das relações sociais, por isso, não pode ser dissociado da perspectiva do capital e do trabalho.

Dessa forma, é preciso entender que a profissão está dentro da divisão social e técnica do trabalho, tendo como especialização o trabalho coletivo e, ainda, entender que os profissionais são sujeitos assalariados. Esses se tornam princípios fundamentais para problematizar como se dão as relações de compra e venda da força de trabalho por diferentes tipos de empregadores, tais como: o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Ou seja,

> [...] trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é uma ação isolada de um indivíduo, mas é sempre uma atividade de caráter eminentemente social. (RAICHELIS, 2011, p. 423).

O Serviço Social terá como objeto de atuação a questão social, ou melhor, as expressões da questão social:

> A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e, particularmente, das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado na expansão monopolista [...] a questão social condensa o conjunto das desigualdades sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando a plenitude de suas expressões ematizessem tempo de capital fetiche. As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto às dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, uma arena de luta políticas e culturais, disputa em projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condição das políticas econômicas e sociais, que trazem o seio das particularidades históricas nacionais. (IAMAMOTO, 2008, *apud*, OLIVEIRA, 2012, p. 44).

Segundo SANTOS (2012), a compreensão do Serviço Social em relação à questão social deve partir de duas premissas, de acordo com as produções marxistas no campo do Serviço Social. A primeira é considerar que a demanda social é fruto da exploração do trabalho pelo capital; e segunda é entender que as lutas dos trabalhadores estão voltadas para primeira premissa, na sua produção e reprodução do capitalismo.

Por isso, geram as múltiplas expressões da questão social, "cabendo sempre um processo de investigação, a fim de caracterizá-las enquanto 'unidade na diversidade'" (SANTOS, 2012, p.133), por meio da identificação das especialidades e "formas de ser" de cada expressão da questão social, com a finalidade de universalizar as mesmas por meio da centralidade do trabalho, constituindo a vida social.

Isso, só ocorrerá por meio das mediações entorno do debate das expressões contemporâneas da demanda social, ou seja, devem ser incorporadas, nas discussões do Serviço Social, as mudanças no mundo do trabalho, que se tornam essenciais para a

compreensão da questão social na sua totalidade, e suas repercussões na produção e reprodução das relações sociais.

> [...] as mediações em questão é a que aponta a necessidade de tê-las em conta no debate contemporâneo sobre a "questão social". Considero especialmente importante que tais mediações sejam incorporadas no debate realizado no interior do Serviço Social como explicita preocupação de captar as "mudanças no mundo trabalho", essenciais à compreensão da "questão social" na atualidade. Percebo que muitas análises referidas costumam utilizar apenas referência do nível da universalidade para reconstruir o contexto da acumulação flexível e seus impactos em termos da desregulamentação do trabalho no Brasil. (SANTOS, 2012, p. 177).

Assim, a compreensão das expressões contemporâneas da questão social deve partir da análise do real, entretanto, deve-se entender que as "universalidades e particularidades histórico-sociais intervém sobre o singular, o que faz com que o todo singular seja universal e todo universal só apareça no singular." (SANTOS, 2011, p. 23)

Portanto, o exercício profissional não pode ser desvinculado da conjuntura contemporânea instaurada a partir da crise dos anos 70. Crise, essa, ocorrida, principalmente, em decorrência do crescimento sem planejamento dos "anos dourados", "que se esgota com declínio das taxas de lucros e do crescimento econômico, com fortes pressões de segmentos organizados dos trabalhadores" (BEREING e BOSCHETTI, 2006, *apud* OLIVEIRA, 2012, p. 48-49). Afetando profundamente também o processo de produção: as relações de trabalho, as relações sócio-políticas e ideológicas (OLIVEIRA, 2012).

Contudo, faz-se necessário estabelecer uma breve periodização do desenvolvimento do capitalismo, levando em consideração a contradição existente do mesmo, para compreender em qual estágio está inserido o exercício profissional do assistente social na contemporaneidade. Destacam-se três estágios evolutivos do capitalismo, de acordo com NETTO e BRAZ (2007).

1. Estágio de acumulação primitiva, ocorrido nos séculos XVI até meados do XVIII, primeira fase do capitalismo: período onde há ascensão de novo grupo social composto por comerciantes/mercadores, nascendo a burguesia que pouco a pouco controla as "principais atividades econômicas e confronta os privilégios da nobreza fundiária" (NETTO e BRAZ, 2007, p. 172), passando a ser conhecida como classe revolucionária por levar em consideração os interesses da massa.

2. Estágio do capitalismo concorrencial, capitalismo clássico ou capitalismo liberal, desenvolvido na metade do século XVII até meados XIX: nesse estágio, o capitalismo por diversas mudanças tanto políticas, tomada do Estado por meio da Revolução Burguesa, quanto por mudanças técnicas, advindas pela Revolução Industrial, trazendo consigo uma

crescente urbanização e mercado mundial onde "os países mais avançados buscarão matérias brutas e primas nos rincões mais afastados do globo" (NETTO e BRAZ, 2007, p. 172),com a finalidade de produzir mercadorias em largas escalas, começa-se, assim, a consolidar no estágio subsequente uma econômica mundial. Ainda, têm-se nesse estágio as primeiras lutas de classes, lutas, essas, com vinculo de antagonismo entre a burguesia e proletariado, contradição entre capital e trabalho;

3. Estágio imperialista, ocorrido a partir do estabelecimento dos monopólios industriais e exploração bancárias: estágio onde os grandes monopólios industriais e bancários dominaram mais que o poder econômico, controlando também o poder político, em escalas nacionais e internacionais. Esse estágio ainda pode ser subdividido em três fases, segundo OLIVEIRA (2012): a) fase clássica entre 1890 a 1940; b) fase dos anos dourados", entre a 2ª Guerra Mundial até o final de anos 70; c) capitalismo contemporâneo: meados da década de 70 até os dias atuais.

Na verdade, o capitalismo contemporâneo correspondeu a passagem do modelo de produção rígido/keynesiano(produção em larga escala) para o modelo flexível (*just in time)*, conduzido por três características básicas: "reestruturação produtiva, financeirizaçãoe ideologia neoliberal"(OLIVEIRA, 2012, p. 49).

Esse novo modelo de acumulação flexível trouxe consigo mudanças significativas para a economia do país por meio da financeirização do capital através da agudização dos mercados, que veio "redesenhando o mapa político-econômico do mundo: para assegurar mercados e garantir a realização de superlucros" (NETTO, 1996, p.91) para as grandes corporações mundiais.

Ao mesmo tempo, aconteceu a revolução informacional, ou seja, a substituição da "eletromecânica pela eletrônica". Além do aumento da informatização, algo que alterou profundamente o mundo do trabalho de maneira drástica e irreversível, instaurando novos mecanismos de contratações flexíveis, sendo criadas, dessa forma, novas formas de segmentação social e novas discriminações para além da disparidade de classe.

Já no mundo do trabalho são instituídos os novos proletariados, diferentes dos industriais, concebido no modelo fordista/keynesiano. São os trabalhadores subcontratados, polivalentes, infoproletariados, dentre outras modalidades de trabalhadores terceirizados, que têm seus direitos trabalhistas flexibilizados e desregulados.

Outra mudança importante advinda dessa lógica está na divisão sexual do trabalho, em que há aumento da feminização no mercado de trabalho, entretanto, o crescimento não é

acompanhado pela equivalência salarial masculina, assim como há distinção salarial entre os indígenas, os negros e os imigrantes.

> Essa expansão do trabalho feminino tem, entretanto, um movimento inverso quando se trata da temática salarial, na qual os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores [...]. Muitos estudos têm apontado que, na nova divisão do trabalho, as atividades de concepção ou aquelas de capital intensivo são realizadas predominantemente pelos homens, ao passo que aquelas de maior trabalho intensivo, frequentemente com menores níveis de qualificação, são preferencialmente destinados às mulheres trabalhadoras também a trabalhadores (as) imigrantes (as) negros (as), indígenas, etc. (ANTUNES, 2004, p. 338)

Outro segmento importante do mundo do trabalho que sofreu foram os jovens em idade de ingresso no mercado de trabalho e acabaram sendo excluídos do processo ou ingressaram em trabalhados informais, assim como, pessoas mais velhas encontram muitas dificuldades no reingresso no mercado de trabalho.

NETTO (1996) caracteriza esses segmentos como os desprotegidos, formados por um conjunto heterogêneo que estão totalmente excluídos da riqueza socialmente produzida, das garantias sociais e de qualquer estratificação social: "são vistos como uma 'não sociedade' ou uma 'contrassociedade" (NETTO, 1996, p. 96).

Criando, ao mesmo tempo, uma nova cultura norteada pelo ideário do consumo, em que as relações sociais estão ligadas a coisas e as coisas estão condicionadas as novas formas de sociabilidade, ou seja, a mercantilização das relações sociais torna-se um dos pilares essenciais para a sustentação do capitalismo.

Ocorrendo porque a lógica do sistema neoliberal é o mínimo para o Estado e máximo para o mercado, por meio do redirecionamento dos fundos públicos aos grandes detentores do capital (oligarquia), "em detrimento das condições de vida dos setores majoritários da população" (IAMAMOTO, N.A., p. 09).

Mediante as transformações citadas acima, a sociedade civil exige novos sujeitos coletivos e novos espaços, ao passo que cria novas demandas e interesses sociais que não são acompanhados por políticas públicas universais e emancipatórias.

Para tanto, no que diz respeito às políticas públicas há uma tendência progressiva de privatização, focalização e descentralização tanto no planejamento quanto na efetivação das políticas, principalmente, das sociais. Entretanto, também há um crescimento significativo de parcerias do Estado com entidade privadas, as quais viabilizam os serviços sociais de qualidade para as classes subalternas, assumindo assim, o papel do Estado.

Tal conjuntura contemporânea é conhecida como mundialização do capital,

> A mundialização é resultado de *dois* movimentos conjuntos, estreitamente interligados, mas distintos. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase de acumulação ininterrupta do capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980, sob o impulso dos governos Thatcher e Reagan. (CHESNAIS, 1996 *apud*, LIMA, Mª. L.L, 1988, p. 196).

Dessa forma, a mundialização propicia aumento significativo na desigualdade social havendo um redirecionamento da questão social para outros patamares, ultrapassando a pobreza e a exclusão social, ou seja, as expressões da questão social estão ligadas à banalização humana, à subordinação do homem a mercadoria, às coisas. A questão social, dessa maneira, é o retrato do homem na conjuntura contemporânea, em que homem naturaliza a desigualdade por meio da cultura do consumo.

É a mesma questão social, a contradição entre o proletariado e burguesia, entretanto, a nova ordem vigente cria novas necessidades e interesses que extrapolam a lógica da relação entre o capital e trabalho. Trata-se das disparidades das relações de gênero, das étnicas-raciais, das relações ambientais e regionais. Em resumo, para além das esferas públicas, as quais têm que haver "interferência do Estado no reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e serviços sociais" (IAMAMOTO, 2007, p. 160).

É nesse cenário de agravamento e aprofundamento das expressões da questão social que o Serviço Social insere-se, associado tanto à dinâmica da exploração e da dominação, e permitem a continuidade dessa conjuntura contemporânea, refletindo nas respostas às necessidades e aos interesses das classes subalternas, criando novas possibilidades de transformações, "que permite à categoria profissional estabelecer estratégias políticas-profissionais no sentindo de reforçar os interesses das classes subalternas" (IAMAMOTO, 2009, p. 13).

Assim, o exercício profissional vem redirecionando suas condições históricas para dar respostas às novas necessidades e aos interesses das classes subalternas diante das mudanças no mundo do trabalho e das relações sociais baseadas no consumo. Portanto, as políticas e os programas sociais estão se consolidando na transversalidade da concepção de direito e de cidadania. Destarte, o exercício profissional do assistente social, na conjuntura contemporânea, vem se consolidando em um cenário avesso os de direitos, onde há

descaracterização da cidadania, sendo associado "ao consumo, ao mundo do dinheiro e à posse das mercadorias" (IAMAMOTO, 2009. p. 15).

Dessa forma, essa conjuntura desfavorável à garantia de direitos sociais e de cidadania tem agravado e aprofundado ainda mais as expressões da questão social e o objeto de trabalho do assistente social, tornando um desafio o seu enfrentamento por meio de um projeto ético-político, uma vez que esse tem por horizonte luta pela emancipação política e humana das classes subalternas, e vem se consolidando em uma contemporaneidade avessa aos direitos sociais, políticos, econômicos e culturais, em que a desigualdade social é naturalizada pelo consumo.

1.2. Projeto profissional e sua dimensão ética-política no Serviço Social

Antes de iniciar a discussão sobre o projeto profissional do Serviço Social, faz-se necessário destacar um momento importantíssimo para a profissão que repercutiu diretamente na construção do atual projeto profissional. Tal momento é o Movimento Reconceituação.

O Movimento de Reconceituação foi um amplo movimento ocorrido nos países da América Latina a partir do final dos anos 60, em que os profissionais e estudiosos começaram a questionar as novas mudanças sociais, econômicas e políticas advindas da expansão capitalista mundial, ou seja, foi um movimento de negação e questionamento do tradicionalismo e conservadorismo consolidados pelos primórdios da profissão.

Culminando em um novo redirecionamento da profissão baseado na teoria social de Marx e materializando por um novo projeto profissional, tendo como enfoque principal a "dinâmica das relações sociais das classes trabalhadoras" (IAMAMOTO, 2009, p. 11),na garantia e ampliação dos direitos sociais, econômicos e políticas, anteriormente, conquistados pela classe trabalhadora por meio de intensas lutas.

Dessa forma, o projeto profissional tem caráter eminentemente crítico e histórico, estruturado por fundamentos indissociáveis e indispensáveis para o cotidiano profissional do assistente social: a dimensão teórica-metodológica, ética-politica e técnico- operativa; que se solidificaram por meio aportes legais que regulamentaram a profissão, tais como: Código de

Ética do Assistente Social, de 1993; Lei de Regulamentação da Profissão, de 1993; Diretrizes Curriculares norteadores da formação acadêmica (ABESS/ CEDEPSS).

Além do mais, sabe-se que o projeto profissional não pode ser desvinculado do projeto societário, esses são projetos coletivos ou de classe, de acordo com NETTO (1999), e têm por intuito a construção de nova sociabilidade, havendo, necessariamente, uma dimensão política, entendida aqui não como uma posição partidária, da relação de governantes e governados, mas no sentindo amplo da política, denominada por Gramsci como catarse, "para indicar a passagem do momento meramente econômico para o ético-politico." (GRAMSCI, 1977 *apud* SIMONATO, 2004, p. 46) na passagem da" classe em si" para" classe para si".

Em linhas gerais, o projeto societário é um projeto previamente idealizado pela tomada de consciência coletiva perante a exploração desenfreada de um sistema injusto e perverso, o sistema capitalista. Por isso, os projetos societários são projetos de classes que se identificam nas mesmas naturezas, tais como pela cultura, pela etnia, pelo gênero, daqueles que são excluídos pela sociedade moderna.

Consequentemente, o projeto societário é uma resposta diante das desigualdades das classes subalternas e da classe trabalhadora, em que a dimensão política é fundamental para a construção de uma nova ordem societária que preconiza a igualdade social, econômica e política.

O projeto profissional também é algo construído coletivamente, por um conjunto de profissionais da categoria que irão discutir e decidir o "corpo profissional" (NETTO, 1999, p. 4) perante as alterações do sistema capitalista, que repercute diretamente na vida da classe subalterna alterando a história e a cultura deles.

Contundo, para a sistematização do projeto profissional são necessários aparatos legais e operativos (citados nos parágrafos anteriores) subsidiando o fazer do profissional, com a finalidade de garantir e ampliar os direitos conquistados pela classe trabalhadora, indo ao encontro do horizonte do projeto societário.

NETTO (1999, p. 04), sistematiza o projeto profissional:

> Os projetos profissionais apresentam auto-imagens da profissão, elegem os valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos(teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício,

> prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as profissões com as organizações e instituições sociais privadas e pública (inclusive o Estado, a que o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Transversalmente, o projeto profissional perpassa perspectivas políticas entrelaçada às dimensões estruturantes do Serviço Social fundamentando o exercício profissional, quais sejam: as dimensões teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político que dão suportes necessários para "captar e desvendar os processos geradores da questão social" (IAMAMOTO,S/A, p. 14)e suas múltiplas expressões, premissa básica para a consolidação do exercício profissional do assistente social.

De acordo com IAMAMOTO (S/N) na dimensão teórica-metodológica, a teoria e prática não podem ser dissociadas, uma vez que juntas estabelecem o processo de conhecimento das relações entre os sujeitos e o fenômeno investigado, que por meio das mediações e aproximações sucessivas possibilitam o conhecimento dos fenômenos sociais na sua totalidade, nas suas múltiplas relações e determinantes.

> [...] Estabelece-se como quesito fundamental a indissociável articulação entre o conhecimento e história, entre a teoria e a realidade, em que método-não se reduzido a pautas de procedimentos para o conhecer e/ou agir-se expressa no processo de conhecer, como a relação entre o sujeito que conhece e o fenômeno a ser investigado. [...] Busca-se, pois, desvendar os fenômenos sociais, explicando tanto em suas formas como em seus conteúdos. (IAMAMOTO, S/A, p. 14)

Já a dimensão técnica-operativa está ligada diretamente com fazer profissional. São os instrumentos, estratégias e táticas que operacionalizam o exercício profissional.

Por fim, mas não menos importante, a dimensão ética-política, de acordo com NETTO (1999), a dimensão política está além de um posicionamento partidário, como já mencionado nos parágrafos anteriores, em posicionamento a favor da equidade e da justiça social, por meio da garantia ao acesso dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras.

Já a dimensão ética ultrapassa as normativas "morais e/ou prescritivas de direitos e deveres", envolve as perspectivas teóricas, ideológicas e políticas" (NETTO, 1999. p. 8). Dessa maneira, a dimensão ética-política está ligada com a construção de uma nova ordem societária, que preconiza a equidade e justiça social através da distribuição da riqueza socialmente produzida.

A materialização da dimensão ética-política se dá pelo Código de Ética de 1993, que estabelece os princípios e as diretrizes da profissão na defesa dos interesses da classe.

Sendo assim, a dimensão ético-política aborda todas as outras dimensões, tornando-as imprescindíveis para a consolidação do projeto profissional e consequentemente para ampliação e consolidação de um projeto societário. Para tanto, a compreensão da questão social e suas implicações para o exercício profissional na contemporaneidade também é fundamental para a consolidação de um projeto profissional vinculado à classe trabalhadora, mas não somente à classe trabalhadora, e sim para todas as classes que estão à margem da sociedade. São os excluídos por sua etnia, por seu gênero, por sua sexualidade e que estão, literalmente, desassistidos pelo Estado, restando-lhes a piedade da sociedade civil contando com sua benevolência e sua solidariedade.

Depreende-se que na atualidade, o projeto ético-político da profissão vem se consolidando na contramão dos projetos societários, donde os "direitos sociais rompem com os padrões de universalidade e provocam uma profunda radicalização da questão social" (IAMAMOTO, 2007, p. 231). E onde os sujeitos sociais são divididos por segmentos, e para cada segmento há uma política social focalizada nas vulnerabilidades desses cidadãos, ligando o fazer profissional ao imediatismo, ao fatalismo e ao messianismo.

Tornando-se, assim, essencial à parceria com entidades da categoria, embasada nos princípios fundamentais do Código de Ética, princípios, esses, que são:

> I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central das demandas políticas e a elas inerentes-autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
>
> II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do árbitro e autoritarismo;
>
> III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora;
>
> IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto a sociabilização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
>
> V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
>
> VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivado o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

> VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
>
> VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
>
> IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as; [...] (BRASIL, 1993, p.23-24).

As entidades do Serviço Social têm por base a luta das classes sociais, com intuito de garantir e ampliar a democracia, por meio da expansão e autonomia dos indivíduos sociais sem discriminação de classe, de gênero, de etnia e de sexualidade. Essas são as entidades:

- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS, entidade que preconiza o ensino e pesquisa no Serviço Social;
- Executiva Nacional de Serviço Social - ENESSO, entidade representativa dos estudantes de Serviço Social;
- Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, entidade pública que preconiza defender, fiscalizar e normatizar o exercício do assistente social juntamente com os Conselhos Regionais de Serviço Social- CRESS.

Dessa forma, as entidades são ferramentas fundamentais na luta contra a conjuntura contemporânea, instaurada pelos ideários neoliberais, havendo a nítida tendência do mercado em regular o Estado, ou seja, mínima regulação do Estado perante os interesses e necessidades sociais, subvertendo a lógica da mercantilização das relações sociais e coisificação das relações sociais.

Além das entidades institucionalizadas da categoria, o conjunto de assistentes sociais e as próprias entidades participam de outros espaços de organização sócio-político em torno das lutas sociais e garantia de direitos de cidadania. Por exemplo, na área da saúde têm-se: Fóruns de Saúde; Conselhos de Saúde; Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde- FENTAS; e mais recentemente a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, dentre outros espaços públicos de luta pelo direito à saúde, estatal, universal e integral a todos sem discriminação social, racial e de gênero.

Todas essas entidades de luta contra a privatização, a terceirização e desregulamentação dos direitos sociais, políticos e econômicos comungam da mesma opinião

de NETTO (1999), sobre o projeto ético-politico da profissão, esse projeto, passa a ser uma das ferramentas mais importantes para consolidar o exercício profissional no:

> [...] combate (ético, teórico, ideológico, político e prático-social) ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o torna solidário ao projeto de sociedade que interessa à massa da população. (NETTO, 1999, p. 19)

Além do mais, o projeto ético-político tramita transversalmente por outras dimensões que garantem um arcabouço teórico-metodológico e técnico-operativo que subsidiam o fazer profissional, de maneira a ampliar o horizonte da emancipação humana, através de novas formas de sociabilidade, onde a justiça social e cidadania imperam.

Dessa forma, este projeto de conclusão de curso ao tratar do trabalho do assistente social no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar, no âmbito da APS no Distrito Federal, procura compreender o exercício profissional do assistente social neste espaço sócio ocupacional, de modo articulado as prerrogativas ético-políticas presentes no atual projeto profissional do assistente social, no sentido de refletir e reforçar o seu significado para o agir cotidiano no âmbito da atuação profissional, entrelaçado as lutas presentes em defesa da saúde como direito universal, estatal e de qualidade.

1.3. Serviço Social e as particularidades no âmbito da Saúde.

Antes de se adentrar nas particularidades do Serviço Social, no âmbito da Saúde, é necessário reforçar que a formação do/ a assistente social é fruto de uma visão generalista e não uma visão fragmentada, ou seja, sabe-se que a centralidade do exercício profissional do/a assistente social está voltada para as expressões da questão social, requerendo respostas que não se limitam as ações e serviços fragmentados "em áreas disciplinares ou setores pragmáticos, como se fosse possível, por exemplo, um Serviço Social da assistência social, da saúde, da habitação" (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 222).

Assim, acredita-se que o exercício profissional do/a assistente social no âmbito da saúde será pensada e organizada de maneira geral perpassando por diversas políticas públicas, com a finalidade de responder as mais diversas expressões da questão social na lógica do processo de saúde-doença.

Entendendo as premissas acima se pode adentrar nas particularidades do Serviço Social no âmbito da saúde.

Sabe-se que a primeira inserção do Serviço Social nos serviços de saúde deu-se por volta dos anos quarenta[6], conhecido como Serviço Social Médico, onde as práticas, as metodológicas e as teorias interventivas eram voltadas para as ações de grupo e comunidades. Trabalhando, principalmente, com práticas educativas enfocando ações e serviços higienistas, "incentivando o controle da natalidade, o controle de doenças infantil, higiene bucal, trabalho educativo baseado em proporcionar a informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo." (SODRÉ, 2010, p. 456). Realizavam ainda atividades voltadas para a manutenção da lógica do modelo médico hegemônico, em que o médico é principal gestor de saúde.

De acordo com BRAVO e MATOS (2006), o Serviço Social se concentrava exclusivamente no âmbito hospitalar, por mais que já existissem os Centros de Saúde desde década de 20, o foco de trabalho do assistente social estava na assistência médica e na previdência social, onde as ações e serviços dos profissionais tinham caráter seletivo e destinados àqueles que pagavam por tais benefícios.

Assim, nas décadas de 40, 50 e 60 o exercício profissional dos assistentes sociais no âmbito da saúde preconizava ações e serviços curativos e hospitalares. Segundo BRAVO e MATOS (2006),havia algumas hipóteses que justificavam essa premissa: a primeira era a importância da ampliação da assistência médica previdência, onde os profissionais atendiam as contradições "entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo" (BRAVO e MATOS, 2006, p. 04); a segunda hipótese era que os Centros de Saúde tinham profissionais, os visadores, que desenvolviam as atividades destinadas ao assistente social; e a terceira hipótese, segundo os autores, era a importância do assistente social na consolidação e

[6]Na década de 20, no Brasil, o modelo vigente de saúde era o modelo *sanitarista campanhista*, fundado nos saberes da bacteriologia e microbiologia, enfatizando a abordagem coletiva e ambiental da doença (AGUIAR, 2011). Já na lógica da Previdência Social criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAP`s, garantindo assistência médica e benefícios previdenciários aos empregados ferroviários. E nos anos 30, esses CAP`s se transformaram nos Institutos de Aposentadoria e Pensões- IAP`s, onde eram controlados pelo Estado e financiado pelo empregados, empregadores e Estado. E no governo Vargas (1930-1945) predominava na saúde o modelo *sanitarista desenvolvimentista*, onde era articuladas as "campanhas sanitárias à promoção de assistência e de articulação de ações preventivas e curativas" (AGUIAR, 2011, p.27). E posteriormente, com Regime Militar (1964-1984), houve a unificação dos IAP`s por meio da criação do Instituto Nacional da Previdência e Assistência Social- INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, nesta época, no entendo, o campo da saúde predominava a mercantilização do mesmo através de instituições financeiras previdenciária. E no final dos anos 70 em meio à crise do modelo previdenciário, surgem os primeiros movimentos sociais reivindicando melhorias nas ações e serviços públicos de saúde, movimento, este, conhecido como Movimento de Reforma Sanitária.

ampliação do Desenvolvimento de Comunidade (DC), em que os profissionais viabilizariam a participação popular nas instituições e programas de saúde. Contudo, o Serviço Social Médico não desenvolviam atividades e ações voltadas para DC, e sim para a lógica americana do Serviço Social de caso, baseado "na dimensão individual, ou seja, no engajamento do 'cliente no tratamento'".

Assim, até o final dos anos 70e início dos anos 80, o cotidiano do exercício profissional do assistente social, no âmbito da saúde, era baseado apenas no indivíduo, ou seja, as atividades realizadas pelo assistente social voltavam-se para o modelo assistencial privatista, que dentre outros aspectos centrava na assistência à saúde, numa lógica biologista, hospitalocentrica, individual e curativa. Além do mais, percebe-se que as práticas eram tratadas isoladamente sem a dimensão de totalidade, fortalecida por uma concepção de saúde como ausência de doença.

Ao final dos anos 1970, num momento político de crise na política de saúde e da previdência social, aliada ao esgotamento do regime militar houve um movimento interno de questionamento do exercício profissional do assistente social e das suas bases fundamentais, tais como: sua base metodológica, a utilização das teorias positivista e fenomenológica, e outras referências, advindas da psicologia, sociologia e filosofia por uma teoria social crítica (SOCRÉ, 2010).Esse momento ficou conhecido como "intenção de ruptura", desdobrando-se no movimento de reconceituação do Serviço Social (MATOS, 2009).

Paralelamente, ocorreu o Movimento de Reforma Sanitária brasileira que também contava com a participação de diversos profissionais no âmbito da saúde, com intuito de questionar e superar o modelo vigente, o modelo médico hegemônico. No entanto, o Serviço Social encontrava-se em momento de mobilização em torno de sua reconceituação e, por isso, não participou de forma orgânica desse período inicial da Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2006).

Segundo BRAVO e MATOS (2006), há duas hipóteses que justificam a não participação da categoria no primeiro momento. A primeira hipótese é de que a profissão estava passando por um movimento interno de negação do Serviço Social Tradicional, ou seja, havia um movimento interno de "intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão" (BRAVO e MATOS, 2006, p. 07), por conseguinte, a segunda hipótese é de que

naquele momento havia também um movimento de revisão interna que não há conexão com outros debates latentes em busca da democracia, como o Movimento de Reforma Sanitária.

Vale salientar que esse período foi essencial tanto para a reafirmação que o exercício profissional tem por base a teoria crítica social baseada nos fundamentos da Teoria Social de Marx e para se posicionar na luta pelas classes subalterna, tendo por fundamento as expressões da questão social, e por fim é uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho.

Na década de 90, como já mencionado nos tópicos anteriores, há a instauração da política neoliberal confrontando o recente projeto profissional do Serviço Social e com os princípios do Projeto de Reforma Sanitária. Segundo BRAVO e MATOS (2006), surgem dois questionamentos de tais contradições:

> Como numa realidade política-conjuntural adversa, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, e não discriminatórias? Como ficam o Serviço Social e os defensores da reforma sanitária nesta trincheira?(BRAVO e MATOS, 2006, p. 09)

Coexistiam nesse momento dois projetos políticos de saúde: o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária[7]. Nos dois, o exercício profissional do assistente social é requisitado a responder demandas e interesses diferentes. O projeto privatista requer do assistente social a "seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social, ação fiscalizatória aos usuários do plano de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais"(BRAVO e MATOS, 2004 p. 10), na lógica da mercadorização da saúde. Já o projeto de reforma sanitária solicita ao assistente social, a "busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã"(BRAVO e MATOS, 2004 p. 10).

Para tanto, o conhecimento das particularidades do Serviço Social no âmbito da saúde é importante para não recair no exercício profissional vinculado ao projeto privatista. Contudo, sabe-se que há uma visão obscura do fazer profissional na área da saúde, ocorrendo por alguns motivos. MATOS (2009) ressalta que apesar de ser a quarta categoria maior em números, ainda há profissionais que desqualificam e deslegitimam o trabalho do assistente

[7]Ambos os projetos políticos de saúde serão explanados no segundo capítulo deste trabalho.

social, muitas vezes, por falta de compreensão dos próprios assistentes sociais do saber de sua profissão, não tendo apreensão de que o Serviço Social está inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, como já salientado algumas vezes neste trabalho.

Ainda MATOS (2009), afirma que o Serviço Social se legitima no âmbito da saúde por meio das contradições existentes na política de saúde, e, por isso, ela forma um "elo invisível" com SUS por ser uma profissão que tem interface com todas as outras políticas da assistência, sendo, portanto, uma resposta fragmentada a outras políticas, tais como: assistência social, educação e previdência social.

Além do mais, o Serviço Social trabalha nas mais diversas expressões da questão social, e, dessa forma, o conceito ampliado de saúde se aplica perfeitamente naquele âmbito, uma vez o conceito ampliado de saúde leva a outros tipos de condicionantes de saúde como a velhice, a precarização do trabalho, os novos tipos de família, dentre outros determinantes.

Para não cair nas armadilhas do projeto privatista e "para consolidar e legitimar o atual projeto profissional torna-se fundamental a apreensão dos elementos que constituem as ações profissionais e de como elas vêm articulando historicamente no Serviço Social" (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 234).

Para tanto, o exercício profissional do assistente social deve sempre buscar de forma criativa a incorporação de novos conhecimentos e requisitos para subsidiar o fazer profissional, isso tudo articulado aos princípios do projeto de reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão por meio da criação de estratégias e táticas de garantia de direito à saúde universal e integral. (MATOS e BRAVO, 2006).

Vale salientar a relevância do Serviço Social no âmbito da saúde, uma vez que ele é um "elo invisível" (MATOS, 2009), pois tem aparatos teóricos-metodológicos, técnicos-operativos e ético-políticos para a apreensão das expressões da questão social e suas repercussões na contemporaneidade, que dão sustentabilidade para a consolidação, de fato, do projeto de reforma sanitária baseado nos princípios da Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Assim, no próximo capítulo será caracterizado por meio do aborde histórico e legal o Sistema Único de Saúde promulgado pela Constituição Federal de 1988, e caracterizada a

Atenção Primária em Saúde no Brasil e no Distrito Federal, visando entender o exercício profissional do assistente social no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar- NRAD`s.

Capítulo2: Atenção Primária em Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde

Trata-se neste segundo capitulo da caracterização da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde no âmbito de Atenção Domiciliar do Distrito Federal operacionalizada pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar-NRAD`s. Para melhor sistematização este capitulo será dividido em três grandes tópicos caracterizadores das premissas acima. São esses: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma breve reconstituição histórica; e Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal: alguns apontamentos.

2.1. Sistema Único de Saúde no Brasil.

O tópico descreve a consolidação do Sistema Único de Saúde- SUS por meio do Movimento de Reforma Sanitária e, posteriormente, na promulgação da Constituição Federal 1988, em que desenhou o Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei Orgânica n. 8.080/80 e complementar n. 8.142/80, e, por fim, quais os desdobramentos para garantia à saúde diante a hegemonia neoliberal.

Não se pode desvencilhar a política de saúde de seus antecedentes históricos, entretanto, não se adentrará profundamente neste trabalho nos entraves da historicidade da política de saúde, e sim nos momentos relevantes e considerados significativos para o processo de construção e consolidação da política de saúde nos dias atuais.

O primeiro ponto que se destaca no âmbito da assistência à saúde é a criação em 1923 das Caixas de Aposentadoria e Pensões- CAP`s por meio da Lei Eloy Chaves, onde se tem pela primeira vez o estabelecimento da Previdência Social, ou seja, os trabalhadores das empresas ferroviárias tinham direito à assistência médica em casos de acidente de trabalho, assim como seus familiares e eram financiados pelo empregador, pelo empregado e pelo governo. Em 1930,criou-se Instituto de Aposentadoria e Pensões-IAP’s, no Governo de Getúlio Vargas, que funcionava na mesma lógica das CAP’s, porém, controlado pelo Estado.

Em 1966, os IAP's se unificaram transformando-se no Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social- INPS (AGUIAR, 2011).

Salienta-se que nos períodos citados acima, a saúde pública era regida pelo modelo de intervenção sanitarista campanhistas e a Previdência Social era regida por "caráter individual, curativa e especializado" (AGUIAR, 2011, p. 31), na lógica da mercadorização da saúde. Transformando a assistência médica da Previdência Social, na década de 70,mais ampliada, por meio da ampliação dos leitos hospitalares, cobertura e os recursos arrecadados; da expansão dos hospitais e clínicas privadas; e da criação de novas faculdades de medicina curativa.

Esse período foi favorável à expansão da corrupção por meio de novas formas de contratação e pagamentos de empresas privadas prestadores de assistência médica, causando, dessa maneira, "desfalque no orçamento previdenciário" (AGUIAR, 2011, p. 31).

Já no final dos anos 70, há o aprofundamento da crise do modelo de saúde previdenciária, advindo dos altos custos da assistência médica governamental, pouca resolutividade e insuficiência de respostas às demandas. Também no final dos anos 70, percebe-se que os problemas sociais de saúde não poderiam ser resolvidos apenas pelas resoluções do Ministério da Saúde, pois eram ineficientes.

Começaram, assim, no final dos anos 70, as primeiras organizações entorno de um movimento social embasado na luta pela saúde como direito todos e dever do Estado, iniciando outro período histórico da política de saúde:

> A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2000, p.08)

Adentra-se, dessa maneira, em um período, anos 80 e 90,importantíssimo para a política de saúde no Brasil. Esse período iniciou-se no final da ditadura militar e da crise econômica do país.

De acordo com BRAVO (2000), coexistiram nesse período dois projetos societários antagônicos; o primeiro diz respeito a uma sociedade de democracia restrita com direitos

sociais, políticos e econômicos diminuídos, Projeto Privatista. E o segundo diz respeito à sociedade democrática de massa, em que a participação social é essencial para a manutenção da democracia ampliada, Projeto de Reforma Sanitária.

O Projeto Privatista estava ligado à lógica no mercado ou da "reatualizacão do modelo médico assistencial privatista" (BRAVO, 2009, p. 03) no qual há tendência de focalização, descentralização e terceirização da saúde na lógica de corresponsabilização da sociedade civil dos custos da crise por meio do assistencialismo e do clientelismo.

Já o Projeto de Reforma Sanitária foi um movimento composto por vários segmentos da sociedade civil, tais como: sindicados, profissionais da saúde, professores e estudiosos que tinham por luta a saúde pública constituída por um sistema único, integral e universal diferente da saúde vigente, que era baseado em um modelo hospitalocentrico, onde o principal personagem era médico.

Assim,

> o Projeto de Reforma Sanitária, construída na década de 1980, tem como suas estratégias o Sistema Único de Saúde e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de Saúde, articulados pelo movimento popular. Tendo como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, a saúde (BRAVO, 2009, p. 02).

O projeto de Reforma Sanitária tinha por princípios norteadores: da democratização do acesso; da universalizado dos serviços de saúde; da integralidade; da equidade e melhoria no atendimento dos serviços de saúde de modo a garantir a saúde como direitos de todos e dever do Estado.

E tem por finalidade os seguintes pontos: a reorganização da saúde através de um sistema unificado; a descentralização dos processos decisórios para as outras esferas dos governos municipais e distrital; o financiamento mais justo e igualitário também na lógica da descentralização; e ampliação e garantia de espaços públicos democráticos de controle e participação social no planejamento e avaliação da política de saúde.

O movimento de Reforma Sanitária teve seu ápice com a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Distrito Federal em 1986, com a participação de entidades da sociedade civil, profissionais da saúde, governo e partidos políticos. Na ocasião, foram aprovadas as principais propostas de defesa do direito universal à saúde, delimitando os fundamentos e princípios do sistema de saúde, como sistema único e unificado.

Na verdade, a discussão da Conferência diz respeito a uma reformulação da saúde para além do âmbito administrativo, entendendo o conceito ampliado como um dos pilares de sustentação do sistema de saúde. Assim como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde são importantíssimas para a continuidade do sistema, não só do sistema, mas da Reforma Sanitária.

Definindo,

> [...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso de serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAUDE, 1986).

Dessa forma, a saúde não pode ser compreendida de maneira abstrata, pois ela se constituiu ao longo da história dos indivíduos e de suas lutas por sua garantia como direito e dever do Estado e, por isso, seu acesso deve ser universal e igualitário, como já mencionado nos parágrafos acima. As ações e serviços são de promoção, proteção e recuperação de modo a atender todos os indivíduos em todos os níveis, e levando em consideração o pleno desenvolvimento desses cidadãos.

E em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, a constituição cidadã, em resposta à crise econômica e afirmando os direitos sociais conquistados pelos trabalhadores.

Assim, o Artigo nº. 196, da Constituição Federal de 1988, delimita a saúde como "direito de todos e dever do Estado, sendo garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e também ao acesso universal e igualitário das ações e dos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação". Sendo assim, as ações e serviços públicos serão realizados por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada por um Sistema Único de Saúde- SUS.

BRAVO (2000), faz algumas ressalvas importantes sobre a Constituição, apesar de o texto constitucional ser um grande avanço para saúde e grande parte das reivindicações do movimento de Reforma Sanitária terem sido atendidas, há ainda lacunas que não foram bem esclarecidas, como o quanto do orçamento é destinado para o financiamento, como também não está definida a fiscalização sobre a produção dos medicamentos, ou menção sobre a saúde do trabalhador.

O Sistema Único de Saúde foi, de fato, implementado depois da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080 de setembro de 1990, e complementada pela Lei n. 8.142 de dezembro de 1990. Assim, a Lei n. 8.080, define o SUS, como:

> O conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. (BRASIL, 1990).

Tem por princípios:

- Universalidade: todos têm direito ao acesso de todos os serviços e ações de saúde em qualquer nível de atenção;
- Integralidade de assistência: "conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema";
- Igualdade na assistência, sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie sem discriminação de etnia, gênero, sexualidade, religião, nem posição social;
- Participação da comunidade: participação da comunidade por meio da sua entidade representativa nos espaços públicos democráticos;
- Descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera do governo; descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização dos serviços.

Em relação ao financiamento do SUS é realizado através do recolhimento dos impostos gerais e suas fontes de receita são: "receitas estatais, de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal" (PAIM, 2011, p. 20), e por fontes privadas.

Em relação à organização e à oferta dos serviços de saúde, esses são instituídos por níveis de atenção: atenção primária; atenção secundária; e atenção terciária e hospitalar.

A Constituição Federal e o SUS foram instaurados em meio à ampliação da hegemonia ideológica neoliberal, em que há a reconfiguração do papel do Estado para a lógica do mercado. Assim, a Contra-Reforma foi uma das estratégias fundamentais para dar sustentação a essa hegemonia, ou seja, a Contra-Reforma pregava a concepção de um modelo gerencial, em que a "descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade" (BRAVO, 2000, p. 13) eram características fundamentais.

Sendo assim, a sociedade civil passa a ter a responsabilidade sobre o Estado, respondendo as demandas e aos interesses de saúde da população por meio da filantropia, do clientelismo e do assistencialismo, vinculando a saúde à lógica do mercado. Retomando ao

projeto de saúde privativo e desqualificando o Projeto de Reforma Sanitária de maneira a negar todas as lutas pela garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nessa lógica, o papel do Estado é:

> [...] garantir um mínimo aos que não podem pagar, [...]. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações mais vulneráveis, através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local. (BRAVO, 2000, p. 15)

Solidificando o que foi dito nos parágrafos anteriores, os governos Lula foram um grande exemplo de desmascaramento dos princípios do Projeto de Reforma Sanitária e reforço do Projeto Privatista, no que tange a garantia do direito à saúde universal. No primeiro mandado do governo Lula, lança-se um programa voltado para saúde na busca de fomentar a Seguridade Social, e tinha como finalidade garantir o acesso "universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde" (BRAVO, 2009, p. 03).

Para tanto, as principais propostas deste programa estavam voltadas para a descentralização de gestão do SUS com fortalecimento da gestão solidária e criação de um Sistema Nacional de Informação em Saúde para o monitoramento da gestão; reorganização da estrutura do Ministério de Saúde; implantação de uma política voltada para o atendimento mais humanizado; e fortalecimento dos espaços públicos de tomada de decisão, os conselhos. (BRAVO, 2009)

Contudo, o programa teve inúmeros problemas, não há no programa aproximação com as outras áreas da Seguridade Social, Assistência Social e Previdência Social, assim como também não há referência do programa aos princípios defendidos pela Reforma Sanitária.

O que se percebe no primeiro mandando do governo Lula é a manutenção da política econômica, onde as políticas sociais também estavam subordinadas a lógica do mercado, privilegiando a precarização e focalização das ações e serviços de saúde.

Essa lógica permanece no segundo mandado do governo Lula que coloca em evidência o desfinanciamento da saúde. De acordo com BRAVO(2009) o desfinanciamento fica mais claro com a transferência dos recursos para do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário e 20 % dos impostos arrecadados foram destinados para o pagamento da dívida pública.

Ainda, foram criadas as Fundações Estatais de Direito Privado, cujo discurso estava embasado na integração da saúde com as outras áreas do governo, tais como: educação, ciência, tecnologia, cultura, assistência social. Contudo, depois da 13 ª. Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde e as Fundações Estatais não foram aprovados com legítimos para a defensa e a manutenção do Programa Mais Saúde (BRAVO, 2009).

O Programa Mais Saúde tinha como ações: a promoção e atenção da Saúde; gestão, trabalho e controle Social; ampliação do acesso com qualidade; e desenvolvimento e inovação em saúde.

Entretanto, de acordo com BRAVO (2009), há pouquíssima menção do programa sobre controle e participação social, ou seja, pouquíssimos mecanismos de participação social nos conselhos e conferências.

Mesmo depois de anos, o movimento social de Reforma Sanitária; as organizações sócio-politicas e organizações populares são o caminho mais certo para garantia do direito à saúde universal, integral e estatal. De acordo com PAIM (2009), é necessário ampliar as bases sociais e políticas para radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças prometidas no projeto, para isso, é fundamental a consciência sanitária entre a população e os trabalhadores, por meio de estratégias e táticas de comunicação fomentando os princípios e as diretrizes do SUS e os avanços da Reforma Sanitária.

2.2. Atenção Primária em Saúde: breve reconstituição histórica.

Trata-se neste tópico de uma breve reconstituição histórica e caracterização da Atenção Primária em Saúde - APS, entendendo como a porta de entrada para o SUS. Para tanto, faz-se necessário apontar três marcos históricos significativos no processo de criação da política governamental de cuidados primários à saúde.

O primeiro marco foi o Relatório de Dawson realizado na Grã- Bretanha, em 1920, onde houve, pela primeira vez, uma proposta de organização do sistema de saúde, dividindo a saúde em três níveis de atenção: “centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas” (STARFIELD, 2002, *apud*, OLIVEIRA, A, 2012)Ainda trouxe a ideia de

regionalização e hierarquização dos cuidados à saúde, porém, somente 50 anos depois se retoma as propostas defendidas por Dawson (CONILL, 2008).

O segundo marco histórico se deu no final dos anos 70,quando foi realizada, pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas- Unicef, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. Essa Conferência foi um marco decisivo para APS, pois houve o estabelecendo dos Cuidados Primários de Saúde, enfatizando o uso de "tecnologias simplificadas e de baixo custo." (PAIM 2008, p. 550). Assim, os Cuidados Primários de Saúde são:

> [...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que as comunidades e os países possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS, 1978)

E por fim, o terceiro marco histórico se deu com a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde, em 1987, na cidade de Ottawa- Canadá, onde foram debatidos os resultados e avanços dos Cuidados Primários de Saúde, resultando na Carta de Ottawna, definindo a promoção em saúde como:

> Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA OTTAWNA, 1986)

Tendo como base esses importantes marcos históricos, pode-se adentrar no histórico da APS no Brasil. Os primeiros indícios da APS no país aconteceram por volta dos anos 60 e 70, em meio ao contexto de crise da medicina previdenciária e no fim da ditadura militar.

E nessa conjuntura de crise que surgiram as primeiras experiências sanitárias com finalidade de aproximar os avanços internacionais sobre os cuidados primários à saúde com as propostas de um novo sistema de saúde universal e integral no Brasil.

Experiências, essas, que foram realizadas por meio de ações preventivas e curativas com objetivo de expandir as redes ambulatoriais, como por exemplo: projetos de saúde comunitária no Rio Grande do Sul; experiência com medicina comunitária em Montes Claros; Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste- PIASS (CONILL, 2008 e OLIVEIRA, 2012).

Ainda ocorreu a criação de outras estratégias de expansão da APS no Brasil, a saber: o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde- Prev - Saúde, em 1980; o Plano de Conselho da Administração de Saúde Previdenciária- Conasp, em 1982; Ações Integrais à Saúde- AIS, em 1985; e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher- Paism e da Criança- Paisc. (OLIVEIRA, 2012)

As AIS, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e o Movimento de Reforma Sanitária foram o impulso necessário para o repensar da saúde pública no Brasil, consolidado no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- SUDS, em 1987, em 1988 promulgou a Constituição Federal de 1988, e posteriormente a Lei Orgânica n. 8.080/90 regulamentando o Sistema Único de Saúde.

A partir dos anos 90, há uma nova conjuntura instaurada no Brasil advinda da ideologia neoliberal que não pode maneira alguma ser desvencilhada da constituição da APS. Portanto, a consolidação das políticas neoliberais acarretou mudanças significativas e perversas na política de saúde, de modo que os princípios e as diretrizes estabelecidos pela Constituição Federal de 1988também sofreram essas alterações.

Dessa forma, a APS foi concebida em um contexto de desmonte das políticas públicas, de desresponsabilizado do Estado e de responsabilização do indivíduo e da família perante as expressões da questão social. Assim,

> sob o domínio das políticas neoliberais, com apoio do Banco Mundial, a APS vem se constituindo, no âmbito do SUS, nunca campo de disputas entre perspectivas mais abrangentes de concepção da APS e outras mais focalizadas, seletivas, e de baixo custos e sob forte responsabilização da família, indivíduos e sociedade. Num contexto de crescente privatização das políticas sociais, precariedade e terceirização dos serviços, subfinanciamento do setor, sob a emergência das Organizações Sociais (OS) e fundações estatais, a APS, respondendo à lógica neoliberal, quando assumida em sua "roupagem nacionalizadora e instrumental" coíbe processos democratizantes na política de saúde e corrobora com as determinações das agências internacionais. (CONILL, 2008 *apud* OLIVEIRA, A., 2012).

"Em resposta" as transformações da política de saúde, em 1993, é regulamentada a Norma Operacional- NOB/SUS, baseada em um política de descentralização da

responsabilidade para os municípios. Estes, por sua vez, serão responsáveis por "prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população" (BRASIL, 1988). São responsáveis também pelo financiamento e gestão da assistência à saúde, que atenda de maneira integral e equitativa a população.

Com lógica da descentralização a APS passa a ser de responsabilidade dos municípios e a "esfera estatal ganha mais autonomia com a definição do seu papel e a União reservada prioritariamente à coordenação e regulação do SUS" (CONH e ELIAS, 2001, p. 127).

Assim, a APS passa a ser uma das estratégias utilizadas pelo NOB, como uma forma de reorganizar a atenção à saúde, de modo que há maior investimento em ações e serviços básicos.

Dessa forma, cria-se o Programa Saúde da Família- PSF, por meio da Portaria MS 692, 25 de março de 1994, sob a confluência da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Nordeste. PSF passa a ser:

> [...] entendido como um programa, no referencial que se segue passa a ser considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais. (CONILL, 2008, p.511)

De acordo com CONILL (2008), o PSF teve avanços positivos na sua implementação e descentralização, pois com o PSF ficou mais fácil à adoção de financiamento *per capita* das ações básicas. Não obstante, as estruturas burocráticas pesadas, como por exemplo, "corporativismo, o aparelho formador e os preconceitos em relação à tecnologia simplificada" (CONILL, 2008, p.511) eram grandes dificultadores da ampliação do PSF.

E pela NOB-SUS, 1996, o PSF passa a ser "concebido como Estratégia de Saúde da Família, ou seja, estratégia para implementar a APS, assumindo a caracterização de primeiro nível de atenção" (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, *apud*, OLIVEIRA, 2012, p. 105).

Ainda, ESF no âmbito da APS, houve pela primeira vez menção de uma equipe multiprofissional voltada para o cadastramento e acompanhamento da população de uma determinada população.

Em 2003, a ESF foi ampliada por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família- Proesf, com objetivo de "organizar e fortalecer atenção básica"(OLIVEIRA, 2012, p.105) dentro de um período de sete anos.

Contudo, percebeu-se nesse período uma dicotomia na consolidação da ESF em alguns municípios, ficando nítido em alguns locais os avanços das mudanças no modelo de saúde, de modo a aumentar, consideravelmente, a cobertura de atendimento. Enquanto noutros há tendência de focalização no atendimento para os mais pobres, isso de acordo com as pesquisas de ALEMEIDA e GIOVANELLA (2008).

Nos municípios onde houve a focalização das ações e serviços da APS, também se percebeu a transferência de responsabilidade do Estado diante as demandas e as necessidades da saúde para a sociedade civil.

Sendo assim, em 2006, depois de muitas discussões e debates nas instâncias de controle e participação social (conselhos e conferências) foi promulgada a primeira Política Nacional de Atenção Básica, regida pela Portaria MS n. 399, onde foram estabelecidos três pactos: Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Gestão do SUS e o Pacto pela Vida, este, por sua vez, tem por objetivo a "consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde" (CONILL, 2008,p. 513).

Posteriormente, foi criado o NASF para apoiar as equipes de saúde, com a inserção de novos profissionais para além do enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários, como por exemplo, o assistente social. O NASF tem por objetivo "ampliar a abrangência e os esboços das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade" (BRASIL, 2012, p.69), apoiando matricialmente as equipes de saúde próximas ao local de atuação dos mesmos.

Contudo, há grande lacuna entre o marco legal e sua efetivação na prática, em que há "fortes pressões das agências multilaterais para implantação de uma atenção primária focalizada"(OLIVEIRA, 2012, p 108) atendendo a lógica do grande capital de desregular as políticas públicas e transferir para a sociedade civil as necessidades dos indivíduos sociais, por meio das entidades privadas. E em 2011 é promulgada uma segunda Política Nacional de Atenção Básica regida pela Portaria GM/MS n. 2.488, caracterizada por um documento do Departamento de Atenção de Básica em 2012. Vale salientar que a APS foi resultado da luta pelo movimento de redemocratização do país por meio da Reforma Sanitária na consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988.

Atenção Básica ou Atenção Primaria[8] é porta de entrada com as outras Redes de Atenção à Saúde, as Unidades Básicas de Saúde são desenvolvidas de maneira descentralizada e próximas ao local onde os usuários ou vivem, ou trabalham, ou estudam.

Por isso,

> [...] é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012, p.12)

Outro ponto importante que dá sustentabilidade a APS e a torna imprescindível, são os Programa de Agentes Comunitários-PACS e Programa Saúde da Família-PSF, sendo estratégias criadas para fortalecer a atenção básica; integrar todos os níveis de atenção à saúde; propiciar "a intervenção multiprofissional sobre os agravos da população" (BIOSOLI e SANTOS, 2008, p.44);aproximar os profissionais aos usuários; romper com as práticas tradicionais de saúde.

Dessa forma, as equipes do PSF estão organizadas de acordo com a ESF, onde há o fortalecimento, mais uma vez, do trabalho multiprofissional e a inserção desses profissionais no programa de população na rua, os Consultórios da Rua, o Núcleo de Apoio à Saúde – NASF, Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar-NRAD`S, Centro de Saúde, constituindo assim, as Redes de Atenção à Saúde- RAS.

A PNAB foi pensada de maneira a atender as mais diversas necessidades de saúde no local onde os usuários passam a maior parte do tempo, com intuído de prevenir os agravos de doenças e promover a Saúde.

Posto isso, atenção básica se caracteriza como:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p 19).

E tem como princípios: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

[8]Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) ambos têm a mesma denominação, contudo, no âmbito internacional é empregado Atenção Primária à Saúde, e por isso, e será empregado APS neste trabalho.

Acredita-se que por meio desses princípios a APS consegue captar a singularidade dos usuários, além de sua inserção sociocultural.

E tem por diretrizes:

> I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
> II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizado como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...]. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos dessa, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
> III- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado [...];
> IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção[...]Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético político que organiza a intervenção técnico-científica;
> V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2012, p. 21-22)

Sabe-se que a política de saúde, em linhas gerais, organiza-se de maneira descentralizada, onde cada esfera do governo terá suas competências e responsabilidades diante a garantia e ampliação do acesso à saúde, mas especificamente a APS.

Não será diferente com o financiamento da APS, no âmbito federal. O financiamento realizará por tripartite, em que o montante de recursos será dividido em dois blocos; o Bloco de Financiamento de Atenção Básica e o Bloco de Financiamento de Investimento, seguindo as ações da Portaria n. 841, de maio de 2012, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, e os planos municipais e do Distrito Federal.

De maneira geral, a PNAB foi delimitado entendendo que atenção básica constitui-se como uma das portas de entrada às ações e serviços de saúde[9] no SUS, constituído por equipes multiprofissionais e que atendam as necessidades de saúde da população, num campo complexo e contraditório que para um lado aponta para integralidade, universalidade e participação social, mas de outro às desigualdades na distribuição do financiamento, às dificuldade de superação no modelo biomédico, somando aos processos de privatização da saúde, tendem a reforçar uma perspectiva focalizada de APS.

2.3. Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal: alguns apontamentos.

Diante do exposto, adentra-se neste tópico na constituição da política da APS no Distrito Federal, para tanto, o presente tópico será baseado no artigo de GÖTTEMS (2009) e na tese de doutorado OLIVEIRA (2012), trabalhos onde esses autores apresentam dados significativos sobre a historicidade da APS no DF.

O autor GÖTTEMS (2009) faz um corte histórico na consolidação da APS no DF, entre os anos de 1979 a 2009, podendo-se destacar três períodos relevantes.

O primeiro período, deu-se no ano de 1959 com a criação do Plano de Saúde Bandeira de Melo, que teve por finalidade criar uma medicina regionalizada e eficiente capaz de evitar a duplicidade dos serviços (OLIVEIRA, 2012). E tinha por propostas: "distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais" (GÖTTEMS, 2009, p. 1412); previa a participação da população nos Conselhos Comunitários de Saúde; serviços domiciliares na lógica de diminuição dos custos hospitalares; além de ampliação de cuidados primários com a criação de postos rurais e centros de saúde formados por profissionais de diferentes áreas, como: pediatra, ginecologista, clínico e odontólogo, atendendo há 30 mil habitantes por postos ou centros de saúde.

[9]Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; eIV - especiais de acesso aberto. (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

O Plano Bandeira de Melo contava com a participação da população nas decisões de saúde dos conselhos de saúde, sendo aprovado em 21 de março de 1960 e dois meses depois foi substituído pela Fundação Hospitalar do DF- FHDF, sendo subordinado a SES-DF e "integrado por estrutura hospitalares de diferentes níveis de complexidade e de serviços básicos em todo território" (GÖTTEMS, 2009, p. 1412), contando com assistência à saúde para 500 mil habitantes aproximadamente.

Contudo, esse plano teve algumas falhas irreversíveis, principalmente, no que diz respeito à implantação da atenção primária no DF, pois a infraestrutura do plano não acompanhou o crescimento desordenado do DF (GÖTTEMS, 2009).

O segundo momento deu-se em 1979, quando foi elaborado o Plano Frejat pelo então secretário de saúde Jofrant Frejat, a estratégia desse plano era voltada para APS e para a regionalização dos serviços. Como forma de operacionalização, em 1980, foram apresentados três documentos: Plano de Assistência à saúde do DF, Atenção Primária à saúde do DF e Implantação de Centros de Saúde (HILDERBRAND, 2008 *apud,* OLIVEIRA, 2012).

O referido plano tinha por base os princípios ressaltados na Conferência de Alma-Ata, sobre os cuidados primários de saúde, tendo a noção do sistema de saúde definidos por níveis de atenção e prevendo especialistas de diversas áreas, por exemplo, ginecologista, pediatra, clínica médica e odontólogo.

E entre 1893 e 1990, ocorreu a I Conferência de Saúde do Distrito Federal (GÖTTEMS, 2009), onde foram apontados os principais problemas da gestão SES-DF à APS, foram eles:

> [...] (as) distorções na utilização nas unidades básicas de saúde decorrente da padronização do atendimento, contrapondo-se às diferenças na composição demográfica e epidemiológica da população; (b) autoritarismo na implantação do modelo de atenção, sem participação da sociedade e de profissionais de saúde; (c) abandono dos princípios originais do plano de saúde; (d) predomínio da assistência hospitalar. (GÖTTEMS, 2009, p. 1414)

Já o terceiro marco histórico se deu em meio à criação do Sistema Único de Saúde consolidado pela Constituição Federal de 1988 e regulamento pelas Leis Orgânicas n. 8.080 e n. 8.142, de 1990. No DF se consolidou, de fato, a APS na II Conferência de Saúde do Distrito Federal. E para efetivar a APS se inseriram três programas: "1997-1998: Programa Saúde em Casa; 1999-2003: Programa Saúde da Família; e 2004: Programa Família Saudável" (HILDERBRAND, 2008 *apud* OLIVEIRA, 2012, p 129-130).

Assim, ao longo da trajetória da APS no DF, foram implementados no DF cinco grandes planos de diferentes governos, trazendo grandes problemas percebidos até hoje.

O primeiro, já citado, foi o Plano de Jofran Frejat, vigente entre os anos de 1979 a 2004, revelou-se nesse projeto a ineficiência do financiamento, a vigência do modelo de atenção centrado no médico e no indivíduo, ou seja, no modelo hospitalocentrico, além do mais, não havia espaços consolidados de participação e controle social nas tomadas de decisão sobre a saúde do DF.

O segundo foi a Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde no DF – Rema, ele foi criado no governo de Cristovam Buarque, nos anos de 1995 a 1998, e tinha por diretriz:

> [...] fortalecer a atenção primária, reiterando-a como porta de entrada para sistema de saúde; no fortalecimento do controle social; na criação do Fundo de Saúde do Distrito Federal; no redirecionamento e qualificação da rede de serviços de básicos (centros e postos de saúde); na criação de mecanismos jurídico-administrativos, para conferir autonomia às unidades hospitalares e às Diretoria de Saúde (DS), além de criação das auditórias técnicas permanentes. (OLIVEIRA, 2012, p. 131).

Apesar de algumas limitações, o Rema foi relevante para a criação do Programa Saúde em Casa-PSC, pois resolveu problemas básicos do sistema de saúde do DF. O PSC tinha por objetivo: dar suporte às comunidades, visando a resolutividade dos problemas de saúde; diminuir a demanda dos serviços especializados, como o pronto-socorro; contribuir para as mudanças nos indicadores de mortalidades; e incentivo de mudança de qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidade (GÖTTEMS, 2010 *apud* OLIVEIRA, 2012). O referido programa foi fundamental, porque conseguiu romper com os padrões focalizantes constituídos na APS dos anos anteriores no DF.

Já o terceiro plano deu-se entre 1999 a 2002, no governo de Joaquim Roriz, com a implantaçãodo Programa Saúde da Família, evidenciando o retorno do conservadorismo na política de saúde por meio de práticas clientelistas. Um das iniciativas do Governo de Roriz, citada por OLIVEIRA (2012), foi a suspensão do convênio com a SES-DF e, consequentemente, a interrupção do PSC que acarretou na demissão de quatro mil profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, além de romper com os contratos de locação de imóveis onde os postos e centros de saúde funcionavam.

A política de saúde naquele momento foi marcada por uma disputa "política-partidária" e pelas "parcerias público-privadas" (GÖTTEMS, 2009, p. 1416), repercutindo

diretamente na APS, causando incapacidade de desvincular APS da concepção do conservadorismo e tradicionalismo das unidades de saúde.

Alguns motivadores levaram o declínio do Programa Saúde da Família no final de 2002, dentre eles: a má remuneração da equipe de saúde; desmotivação do RH; fragilidade dos serviços de saúde; e fragmentação da gestão (GÖTTEMS, 2010 *apud* OLIVEIRA, 2012)

O quarto plano deu-se a partir da reeleição de Joaquim Roriz, durando até 2006, com a implantação, em 2004, do Programa Família Saudável- PFS. Uma das iniciativas do novo programa foi a suspensão dos contratos profissionais de saúde do PSF e estabelecimento de parceiras com entidades privadas: a Fundação Zerbini.

O quinto e último plano, foi fomentado com a Estratégia de Saúde da Família, no período de 2007 a 2009, no segundo mandato do Joaquim Roriz. Rompe de vez com a parceria da Fundação Zerbini e abandona o Programa Família Saudável (OLIVEIRA, 2012). Em relação à APS, há elaboração do Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde com a finalidade de expandir e qualificar a ESF até 2014.

Percebe-se nesses cinco grandes planos, de acordo com GÖTTEMS (2009) , que para a efetivação da APS no DF tem-se encontrado grandes dificuldadores, principalmente, no que tange a "sobreposição do nível nacional e local na definição das diretrizes públicas". Isso se dá no DF por causa da construção, ao longo dos anos, da política de saúde e da frequente oscilação de gestores e de programas que não conseguem atender as demandas e necessidades de saúde da população assistida. Ainda, há falta de espaços públicos de controle e participação social, como conferências e conselhos, impedido o debate sobre a gestão da política de saúde, articulando com níveis de atenção à saúde.

Assim, GÖTTEMS (2009, p. 1419), propõem para o DF:

> [...] novos planos para organização dos serviços de saúde do Distrito Federal, planejamento e estruturados de forma participativa e coerente com os princípios do SUS e com as necessidades atuais da população [...]. Uma proposta que associe a organização de redes de cuidados que contemple a Atenção Primária à Saúde com todo potencial reordenado do modelo assistencial, devidamente articulado aos demais níveis de atenção.

Por fim, em 2012, foi elaborado pela Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal o Plano Distrital de Saúde de 2012 a 2015, aprovado pela Resolução n. 395 de 14 de agosto de 2012,e tem por objetivo definir o Plano de Saúde, visando analisar nesse período os resultados das políticas de saúde, dos compromissos e das prioridades numa determinada

gestão, por meio da execução, acompanhamento, avaliação e administração do sistema. Como conseguinte, o Plano de Saúde tem:

> [...] o objetivo maior do contínuo aperfeiçoamento e concretização do SUS, o Plano revela-se um importante instrumentos para os gestores, técnicos e todos os cidadãos, na medida em que propõe medidas e ações que buscam principalmente a melhoria dos diferentes perfis de saúde no Distrito Federal (BRASILIA, 2012).

Assim, ao longo do aludido Plano há vários apontamento dos principais objetivos, diretrizes e metas em todos os níveis de atenção em saúde para a concretização dos princípios do SUS.

No que diz respeito à APS, o Plano propõe como diretriz "estruturar o atendimento primário à saúde com ênfase na estratégia da saúde da família" (BRASILIA, 2012, p. 40), por meio do fortalecimento das unidades e das equipes da APS funcionando como porta de entrada do SUS. Para tanto, é essencial instrumentos e métodos adequados para encaminhamento dos usuários para os outros níveis de atenção.

Para operacionalizar essa diretriz, segundo o Plano, é fundamental a reestruturação das unidades existentes e a expansão dos serviços, através da ampliação da Saúde da Família, ou seja, o Plano prevê a implantação de equipes de Saúde Família da seguinte forma:

> - Fase 1: 11 equipes de NASF, 15 de Atenção Domiciliar e 10 de Saúde no Sistema Prisional implantadas até dezembro de 2012.
> - Fase 2: Ampliar para 18 equipes de Saúde no Sistema Prisional, para as 40 as equipes do NASF e para 22 as de Atenção Domiciliar até o final de 2013. (BRASILIA, 2012, p. 40).

Posto isso, no âmbito da APS, o Plano de Saúde de DF[10] propõe a expansão gradual da ESF e de Equipes de Saúde Bucal- ESB, em que serão reorganizadas pelos Centros de Saúde na construção de 120 novas unidades, ampliação de 75 unidades e reforma de 48 unidades básicas. E onde não há cobertura da ESF, serão complementadas as equipes dos Centros de Saúde e mudanças nos processos de trabalho, a fim de garantir os princípios e diretrizes previstos na APS. Além do mais, serão implantadas as Redes de Atenção Materno Infantil - Rede Cegonha; Saúde Mental e Urgência e Emergência; e programas de qualificação para os profissionais.

[10]Como o Plano de Saúde do Saúde está em vigor não há ainda dados concretos sobre a sua concretização na prática. Tentar-se-á nos próximos capítulos deste trabalho analisá-lo mediante as pesquisas realizas em campo, por meio da entrevista semiestruturada.

Sabe-se que, de acordo com DATASUS[11], há 12 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, dessas duas somente para Sobradinho, e há, ainda, sete equipes Multiprofissionais de Apoio[12] em todo DF.

Percebe-se, desse modo, o quão insuficientes são essas equipes, principalmente, a equipe domiciliar que atende toda a população do DF, segundo, o Plano de Saúde DF. A capital é composta por 31 Regiões Administrativas, desde Brasília até a Fercal, onde há aproximadamente 2.570.160 habitantes (de acordo com o senso de 2010 do IBGE). O número de equipes tanto de ESF quanto Equipe de Atenção Domiciliar é bastante inferior à população do DF, e vale salientar ainda que nem todas as RA`s têm uma ESF ou uma Equipe de Atenção Domiciliar.

[11] Dados retirados do sitio <http://cnes.datasus.gov.br/>, acessado em 10 de julho de 2015
[12] No próximo capitulo será caracterizado o que é Atenção Domiciliar e sua equipe prevista.

Capítulo 3: Atenção Domiciliar

Trata-se neste capítulo da sistematização da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, com interlocução na Atenção Primária em Saúde. Para tanto, este capítulo será divido em três tópicos essências que juntos têm por objetivo elucidar, de maneira geral, os aspectos relevantes para compreensão da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS no contexto nacional e no Distrito Federal, sendo, nesse último local, operacionalizado pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar - NARD`s. Tópicos, esses, que serão: Modalidades da Atenção Domiciliar; Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde; e Reflexões sobre o "Programa Melhor em Casa".

Vale salientar que neste capítulo serão utilizados os artigos e estudos científicos resultantes da pesquisa bibliográfica realizada na plataforma online ScientificElectronic Library Online- SciELO, além de estudos de livros, capítulos de livros e normativas que complementaram a temática proposta neste capítulo.

3.1. Modalidades da Atenção Domiciliar.

O presente tópico objetiva abranger as modalidades da Atenção Domiciliar, as quais se tornam relevantes para a sistematização da mesma no âmbito do SUS. De acordo com LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, existem quatro modalidades que compõem a assistência domiciliar, que não podem ser desvinculadas umas das outras, pois juntas fundamentam as justificativas para Atenção Domiciliar no âmbito da APS. Modalidades essas: atenção domiciliar; atendimento domiciliar; visitar domiciliar e internação domiciliar.

Os autores ressaltam que o crescimento da velhice na população brasileira; aumento do índice de doenças crônicas não transmissíveis; aumento dos custos hospitalares; desenvolvimento acentuado de tecnologias; interesses dos profissionais da saúde por novas áreas de atuação; "exigência por maior, privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde" (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 89) são os principais motivadores para a implementação da Atenção Domiciliar no Brasil.

Como a Atenção Domiciliar é uma modalidade de saúde recente, ainda há bastante confusão em relação a sua definição, isso ocorre porque há muitas denominações destinadas a ela: por exemplo, *home healthcare*, atendimento domiciliar à saúde, visita domiciliar, atenção domiciliar, cuidado domiciliar, internação domiciliar. Contudo, tem que se tomar bastante cuidado, pois cada uma dessas nomenclaturas tem um significado diferente, por isso, é fundamental definir o que é Atenção Domiciliar e suas modalidades, para não cair em armadilhas terminológicas.

Dessa forma, a *Atenção Domiciliar* é definida como a modalidade mais abrangente da assistência residencial, em que há "ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio" (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 90). Essas ações devem ser elaboradas e planejadas mediante o diagnóstico de uma equipe multiprofissional. Esse grupo, por sua vez, deve levar em consideração a saúde no sentindo ampliado, no processo de saúde-doença.

A outra modalidade ressaltada pelos autores é o *atendimento domiciliar* caracterizado "por um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio" (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 91). Tal modalidade não pode ser desvinculada da noção de cuidado domiciliar, conhecido por alguns países como *Home Care*, e também da noção de cuidados desde a prevenção até os cuidados paliativos da velhice.

Assim, os autores definem o *atendimento domiciliar* como:

> [...] conjunto de ações que busca a prevenção de um agravo à saúde, a sua manutenção por meio de elementos que fortaleçam os fatores benefícios ao indivíduo e, concomitantemente, a recuperação do cliente de já acometido por uma doença ou sequela [...] abrange tanto atividades simples como as mais complexas, incluindo, assim, as modalidades visitas e internação domiciliar. (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 92).

A *internação domiciliar*, por sua vez, é uma das modalidades mais complexas, pois atende a usuários em estado de saúde mais complexos, requerendo assistência domiciliar semelhante à hospitalar. Por isso, a *internação domiciliar* deve ser realizada de maneira continuada e integral na residência do doente, de modo que tenha a "supervisão da equipe de saúde específica, personalizada e centrada na realidade do cliente" (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 92). De acordo com os autores, a *internação domiciliar* passa a ser uma das estratégias da Atenção Domiciliar, pois se tem constituído uma maneira segura e eficaz no cuidado de usuários, uma vez que também são desenvolvidas ações como:

> [...] procedimentos terapêuticos, educação sanitária, cuidados paliativos e visitas de monitoramento, pautando-se pelo cuidado integral, por ações inter e transdisciplinares, devendo ser consideradas as condições locais, questões habitacionais, sociais, culturais, a formação das equipes, a rede básica e a decisão do gestor local. (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 93)

A última modalidade é a *visita domiciliar*, sendo a modalidade mais difundida no sistema de saúde brasileiro, são ações e práticas de saúde realizadas por profissionais com determinado usuário, família e comunidade com a finalidade de promover atividades de "orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos tenham condições de se tornar independente." (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 94)

Na verdade, a *visita domiciliar*, segundo os autores, é uma das atividades do sistema de saúde que dá mais sustentabilidade para a intervenção no processo de saúde-doença na perspectiva da promoção em saúde. A *visita domiciliar* é um dos instrumentos mais utilizados pelos profissionais de saúde para conhecer a realidade dos usuários, sua família e comunidade, além de reconhecer seus problemas e suas necessidades de saúde.

Assim, depreende-se que a Atenção Domiciliar à saúde engloba todas as outras modalidades: *o atendimento domiciliar; a internação domiciliar; a visita domiciliar,* bem com atividades indiretas que viabilizam a melhoria de qualidade de vida do usuário, da sua família e de sua comunidade. Conforme ilustrado na figura 1[13] abaixo.

Figura 1 - Representação esquemática da atenção à saúde domiciliar e suas respectivas modalidades. Elaborado pelos autores.

[13]A figura1 retirada do artigo de LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006, p. 94.

Partindo dos pressupostos acima, pode-se, desta forma, adentrar na caracterização da Atenção Domiciliar por meio do seu percurso histórico, legal e conceitual, que serão trabalhados no próximo tópico.

3.2. Atenção Domiciliar, uma breve caracterização: histórica, legal e conceitual.

Este assunto tratará da caracterização da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e com interlocução com APS, e, posteriormente, a sistematização do Programa Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Para tanto, é relevante realiza um breve histórico de como se constitui a Atenção Domiciliar no contexto nacional e do Distrito Federal, operacionalizado pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar - NRAD`s. E a seguir sistematizar o mesmo por meio do seu aporte legal e conceitual[14].

Os primeiros indícios de assistência domiciliar datam de 1604 na França, onde três freiras realizavam serviços de enfermagem em domiciliar. E, em 1947, foi criada nos Estados Unidos a primeira unidade de assistência domiciliar. Dez anos depois também na França, em 1957, criou-se o *Santé Service*, "que ainda presta assistência sócio-sanitária a pacientes crônicos e terminais" (REHEM e TRAD, 2005, p. 234).

Na década de 80, a Espanha criou a sua primeira unidade de Assistência Domiciliar, assim como no Canadá se desenvolveu um projeto piloto com a finalidade de atender pacientes com quadros clínicos agudos em que os antibióticos eram controlados em domicílio (REHEM e TRAD, 2005).

Saindo do contexto internacional, no Brasil, a Atenção Domiciliar teve seus primeiros indícios em 1949 com a criação do Serviço de Assistência Medica Domiciliar e de Urgência-SAMDU e nos anos seguintes foi criada Fundação Especial de Saúde Pública-FESP, onde eram realizadas algumas atividades voltadas para o atendimento residencial, tais como:

[14] Este tópico tem referência básica o trabalho de REHEM e TRAD (2005) e o Caderno de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em casa: a segurança no conforto seu lar (2012), além de outras referências de autores, artigos, livros e capítulos de livros relevantes para o estudo do tópico.

“oferta organizada de serviços na unidade, domicílio e na comunidade” (REHEM e TRAD, 2005, p. 235).

Foi somente com a criação do Serviço de Assistência Domiciliar dos Servidores Públicos do Estado-HSPE, em São Paulo, que se começou a pensar na Atenção Domiciliar como uma atividade planejada e necessária à população. Em 1997, é lançado o documento: “1997, o Ano da Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias”, onde o governo brasileiro “propõe a ampliação da internação domiciliar para outros pacientes” (REHEM e TRAD, 2005, p. 235).

Em 1998, é publicada a Portaria n. 2.416 estabelecendo os pré-requisitos para o credenciamento dos hospitais para a internação domiciliar no SUS. Contudo, até os anos 2000 não havia menção de regulamentação ou financiamento explícitos especificamente para a Atenção Domiciliar.

Somente em 2002 é promulgada a Lei n. 10.424 estabelecendo o atendimento e a internação domiciliar como “procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio” (BRASIL, 2002). Quando a promoção, proteção, recuperação de saúde tornam-se imprescindíveis para o pleno funcionamento da Atenção Domiciliar.

No mesmo ano, houve pela primeira vez a iniciativa de delimitar a Atenção Domiciliar como uma das estratégias importantes para a APS inserida na ESF, concretizada pela Portaria SAS/MS n. 249, de 16 de abril de 2002.

Em 2006, houve o lançamento da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, “que dispõe sobre o regulamento técnico do funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar” (BRASIL, 2012, p. 14). No mesmo período é promulgada a Portaria n. 2.529, estabelecendo a internação domiciliar como “o conjunto de atividades prestadas no domicílio das pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim” (BRASIL, 2006), sendo revogada em 2011.

Na verdade, entre 2006 a 2011, houve uma lacuna no marco legal da Atenção Domiciliar, quando ficou claro o descaso do poder federal, os técnicos organizaram um grupo

de trabalho, contando com apoio da Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar; Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle; Área Técnica de Saúde do Idoso. A finalidade desse grupo era repensar a Portaria n. 2.529 e elaborar outra portaria contemplando a realidade da Atenção Domiciliar.

Assim, em outubro de 2011, é estabelecida a Portaria GM/MS n.2.527, desencadeando alterações relevantes e definindo a Atenção Domiciliar. As modificações foram: ampliação do recorte populacional para implantação da Atenção Domiciliar; normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar e da equipe multiprofissional de atenção domiciliar e a equipe de apoio; "ressalta-se que o Melhor em Casa (atenção domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS n°. 1.600, de julho de 2011, e na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde" (BRASIL, 2012, p. 15).

Essa portaria também foi revogada pela Portaria GM/MS n°. 963, de 27 de maio de 2013, entretanto, até a elaboração deste trabalho os instrumentos de suporte da Atenção Domiciliar, como o Caderno de Atenção Domiciliar (2012) e Manual Instrutivo do Programa Melhor em casa: a segurança no conforto seu lar (2012), estão embasado na Portaria GM/MS n. 2.527, de 27 de outubro de 2011.

Diante do exposto, os parágrafos subsequentes caracterizarão a Atenção Domiciliar, baseando-se ainda nos instrumentos citados acima, nos seus fundamentos, princípios e nas suas modalidades, e por fim, como a equipe multiprofissional se organiza na APS.

Há algumas prerrogativas que justificam a Atenção Domiciliar: os principais motivadores são aumento acelerado do envelhecimento populacional, exigindo dessa forma cuidados domiciliares; aumento das doenças crônico-degenerativas, acidentes automobilísticos e outros acidentes externos; além da lógica da desinternação dos pacientes que leva a baixa dos custos hospitalares com internação; e a ideia de aproximação proporcionado um acolhimento mais humanizado e vínculo entre os profissionais e população (LACERDA, OLINISK e TRUPPEL, 2006 e REHEM e TRAD, 2005).

Assim, a Atenção Domiciliar é a modalidade mais abrangente de assistência domiciliar e abarca "as ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e a reabilitação prestada em domicílio", sendo realizada por equipes multiprofissionais. Acredita-se que esses profissionais tenham a compreensão da saúde no seu sentido ampliado, ou seja, na

compreensão dos determinantes e condicionantes de saúde com a "garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde" (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a atenção domiciliar:

> [...] envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e planejamento dos programas de saúde; e execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abrange desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares. (LACERDA, GIOCOMOZZI, OLINISKI e TRUPPEL, 2006, p. 91).

De acordo com a Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2007, Atenção Domiciliar se organiza em três modalidades definidas, a partir do nível de atenção destinado aos usuários e do tipo de atendimento prestado, são elas:

- AD1: destinada a usuários com problemas de saúde controlados e que tenham dificuldade de locomoção para unidade de saúde e não requeiram cuidados constantes. Essa modalidade é de responsabilidade da APS, tendo como apoio a Saúde da Família e NASF.
- AD2: destinada a usuários com problemas de saúde que requeiram cuidados mais contínuos e possuam dificuldade de locomoção, por isso, têm acesso a toda a rede de atenção à saúde. Além do mais, podem ser atendidos pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar-EMAD e pela Equipe Multiprofissional de Apoio-EMAP.
- AD3: Destinada a usuários com problemas de saúde que solicitem de cuidados constantes, com dificuldade de locomoção e necessitem de equipamentos de uso contínuo. O atendimento também é realizado pelas EMAD e EMAP.

A EMAD atenderá a população adstrita há 100 mil habitantes por município, e entre 40 a 100 mil habitantes recomenda-se que tenha uma EMAP para dar suporte e complementar as ações e serviços EMAD. Quando o município atingir até 150 mil habitantes, recomenda-se que se tenha um segundo EMAD, ou seja, "após atingir a população de 150.000 habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 novos habitantes" (BRASIL, 2012).

A EMAD será composta por: dois médicos com carga horária mínima de 20 horas ou um médico com carga horária de 40 horas por semana; dois enfermeiros com carga horária mínima de 20 horas ou um enfermeiro com carga horária de 40 horas por semana; um fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas por semana ou um assistente social com

carga horária de 30 horas por semana; e por fim, 04 auxiliares de enfermagem com carga horária mínima de 40 horas semanal. (BRASIL, 2012).

Já a EMAP será composta por no mínimo três profissionais de ensino superior com carga horária mínima de 30 horas semanal, são esses: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2012).

O usuário da Atenção Domiciliar poderá ser atendido nos três níveis de atenção à saúde, na Atenção Básica, no Serviço de Atenção às Urgências e Emergências e no Hospital. Contudo, este trabalho tratará somente de Atenção Domiciliar no âmbito da APS.

Logo, a Atenção Domiciliar se orientará pelos princípios da APS, pelos princípios "da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social" (BRASIL, 2012, p. 21), e são de responsabilidade das equipes de atenção básica responderem pelas demandas e necessidades da população assistidas em determinado território, identificando as impossibilidades de locomoção, as distâncias ao serviço de saúde, dentre vários outros determinantes e condicionantes que os levam a assistência domiciliar.

As equipes de saúde realizarão o "cadastramento, a busca ativa, as ações de vigilância e de educação de saúde" (BRASIL, 2012, p.22) com usuários que tiveram perdas funcionais e dependem de outrem para realizarem suas tarefas cotidianas. Para tanto, é relevante que a equipe de saúde leve em conta os diferentes tipos de concepção de família.

Norteado pelos princípios da APS a Atenção Domiciliar terá por princípios:

- Abordagem integral à família: atender de forma integral à família, respeitando as particularidades da família e individualidade de cada integrante;
- Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador: para que tenha a assistência domiciliar é imprescindível que se tenha o consentimento da família e, ainda, que se tenha também um cuidador responsável pelo usuário.
- Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: pressupõe que para operacionalidade da Atenção Domiciliar é fundamental uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a qual consegue compreender e identificar os mais diversos determinantes e condicionantes de saúde.

- Estímulo às redes de solidariedade: estimular a participação dos usuários, da família e da comunidade a integrar a projetos sociais e políticos de sociedade que tem por intuito a luta por uma democracia justa e igualitária.

Assim, a organização do trabalho das equipes de Atenção Domiciliar no âmbito da APS se organizará de maneira a garantir a intersetorialidade do usuário, da família e da comunidade. Para tanto, o processo de trabalho da equipe seguirá três passos fundamentais: o primeiro passo é identificação dos usuários para inserção dele no programa de Atenção Domiciliar, respeitando a sua territorialidade; o segundo passo é a identificação de qual modalidade o usuário vai ser inserido; e o terceiro passo é elaboração de um projeto terapêutico ou plano de cuidados que abarque a todos as demandas dos usuários e de sua família.

Levando em consideração o processo de trabalho e as equipes de Atenção Domiciliar, sejam elas EMAD ou EMAP, terão por atribuições, de acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar 29012, p.28-29):

> • Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;
> • Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente corresponsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde–doença;
> • Coordenar, participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde;
> • Fornecer esclarecimentos e orientações à família;
> • Monitorizar o estado de saúde do usuário, facilitando a comunicação entre família e equipe;
> • Desenvolver grupos de suporte com cuidadores;
> • Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD;
> • Otimizar a realização do plano assistencial;
> • Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere;
> • Garantir o registro no prontuário domiciliar e da família na unidade de saúde;
> • Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
> • Dar apoio à família tanto para o desligamento após a alta da AD, quanto para o caso de óbito dos usuários;
> • Avaliar a condição e infraestrutura física do domicílio;
> • Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;
> • Pactuar concordância da família para AD;
> • Buscar garantir assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da AD;
> • Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando as ações para um ambiente familiar terapêutico;
> • Solicitar avaliação da equipe de referência, após discussão de caso;
> • Dar apoio emocional;
> • Orientar cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água.

E sobre o financiamento, este será realizado através de repasse mensal do Fundo Nacional de Saúde para o ente federativo na lógica de fundo a fundo, considerando os

critérios da composição do EMAD em que um não pode sobrepor o outro. Os recursos financeiros serão monitorados através do Relatório Anual de Gestão-RAG, no qual os entes federativos devem prestar contas.

Desse modo, foi caracterizada a Atenção Domiciliar e sua organização na APS realizada no âmbito nacional pelo "Programa Melhor em casa: Programa Melhor em Casa" e no Distrito Federal feito pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar-NRAD`S, contudo, todos os recursos destinados ao programa na capital são advindos do "Programa Melhor em Casa".

Contudo, faz-se necessário fazer algumas ressalvas entorno do "Programa Melhor em casa: Programa Melhor em Casa", principalmente, no que tange o papel da família nesse contexto. Por questões de estrutura e didática essa temática será tratada no próximo tópico.

3.3. Reflexões sobre o "Programa Melhor em Casa"

Neste último tópico do capítulo, far-se-á três reflexões em torno do "Programa Melhor em Casa", lançado em outubro de 2011 pelo Governo Federal, principalmente, no que tange o papel da família. Sabe-se que a partir dos anos 90 foi instauração uma conjuntura contemporânea, onde reconfigurou a política social brasileira por meio da Contra- Reforma do Estado avesso "as conquistas efetuadas com a Constituição Federal de 1988, como veio reforçar processos altamente naturalizados no contexto da sociedade brasileira referentes a proteção social" (MIOTO e PRÁ, 2015, p. 147). Isso é, onde o bem-estar social por meio do pluralismo passa por um amplo processo de privatização da seguridade social, perpassando pelos setores comerciais (mercados); pelos setores voluntários (organizações sociais não governamentais- ONG`S, e pelos setores informais (MIOTO e PRÁ, 2015).

Interessa nessa temática analisar o último setor: o setor informal, uma vez que este é constituído pela família, por vizinhos e por grupos de amigos próximos, de acordo com MIOTO e PRÁ (2015), e sabe-se que umas premissas básicas para a concretização da Atenção Domiciliar, realizada pelo Programa, é a presença desse setor informal, ou seja, a presença do cuidador.

Percebeu-se que a partir dos anos 80, há estabelecimento de uma nova conjuntura, advinda dos ideários neoliberais, onde que há uma forte tendência em corresponsabilizar as famílias das provisões de proteção social, como já mencionado diversas vezes neste trabalho, tornando-se "um nebuloso campo de indefinições que podemos denominar de 'campo do cuidado'" (MIOTO e PRÁ, 2015, p. 150), ou seja, são estratégias e táticas criadas para responsabilizar as famílias sobre as necessidades e as demandas postas por esse cenário contemporâneo. Essas necessidades e demandas podem ser: financeiras, emocionais e de trabalho.

Assim, essa conjuntura organiza-se de maneira tal que induz o desenvolvimento de uma política social que seja pensada e planejada em torno da família no sentindo de corresponsabilizá-la pelas provisões de proteção social. Ocorrendo de duas maneiras: "sob a forma de prática administrativa e sob forma de participação" (MIOTO e PRÁ, 2015, p. 152).

A prática administrativa corresponde a toda burocracia envolvida no acesso aos bens e serviços da proteção social, por exemplo, no campo da saúde são as escolhas feitas pela família para o melhor atendimento do usuário sobre um determinado tratamento. Corresponde, na verdade, a todas as práticas administrativas dos serviços sanitários. Já a participação está voltada para a organização das famílias em torno de como esse serviço acontecerá, ou seja, "requer das famílias organização de seu tempo e de seus recursos" (MIOTO e PRÁ, 2015, p. 152). Cabendo aqui o julgamento das boas ou más famílias, as boas são aquelas que cumprem com todos os papeis que a elas são destinados, na finalidade de tornar as ações e serviços humanizados, e as más famílias são aquelas que não cumprem com tais papeis de cuidados.

> [...] salienta o papel da família especialmente naquilo que denomina fase não organizada da doença, que implica em escolhas de atendimento, envolvimento com práticas administrativas relacionadas aos serviços sanitários, relações com ambiente de trabalho do doente ou dos responsáveis pelo doente, dentre outras questões. Quanto à participação das famílias nos serviços, essa participação é requerida tanto através de práticas formais de integração como de práticas informais, geralmente relacionadas às deficiências dos serviços. Dessa forma, o uso dos serviços requer das famílias a organização de seu tempo e de seus recursos. [...]. Aquelas que acolhem e oferecem sustentação aos seus doentes e entram nos serviços para humanizá-lo são conhecidos como boas famílias. Aqueles que delegam a seus membros necessidades e serviços e se furtam da sua presença e de seus cuidados são tidas como más famílias. (SGRITTA, 1988, *apud* MIOTO e PRÁ, 2015, p. 152)

Partindo dos pressupostos acima e dos estudos realizados por MIOTO e PRÁ (2015), apontam-se algumas reflexões sobre o papel da família no "Programa Melhor em Casa". Em linhas gerais, o programa foi criado pelo Governo do Federal em outubro de 2011, com a

finalidade de ampliar e melhorar a assistência do Sistema Único de Saúde para usuários com agravos de doença no âmbito domiciliar, tornando- o mais humanizado "e perto da família", além de reduzir os custos hospitalares, com economia de até 80%", comparando-se aos gastos desse mesmo paciente quando internado na unidade hospitalar" (MIOTO e PRÁ, 2015, p. 159) e diminuir as demandas das urgências e emergências com atendimento em domicílio.

Ainda, para a concretização do programa é fundamental a presença do cuidador, pois este é a figura principal do trabalho da equipe multiprofissional, e pode ter ou não vínculo familiar. O Guia Prático do Cuidador de 2008, define-o como:

> [...] um ser humano de qualidades especiais, expressa pelo traço forte de amor a humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que ' cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituição especializadas ou responsáveis de direitos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida'. E a pessoa, da família da comunidade, que presta cuidados a outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. (BRASIL, 2008, p. 08).

Evidenciando a naturalização da responsabilização das famílias diante da política social por meio da solidariedade e benevolência, "o cuidado passa a ser visto de forma naturalizada e intrínseca às famílias e, por isso, altamente solicitado através da figura do acompanhante." (MIOTO e PRÁ, 2015, P. 166), passando a ser denominado como campo de cuidado, como já mencionado nos parágrafos anteriores, onde as atribuições do bem estar social e da proteção social são transferidos para a esfera privadas das famílias, custos, estes, que são financeiros, emocionais e de trabalho do cuidado, na lógica da desospitalizacao.

Esse último custo, o custo do trabalho do cuidado tem-se tornado um empecilho para as famílias, especialmente para os cuidadores, pois, muitas vezes, requerem dessas pessoas conhecimentos e procedimentos mais complexos, semelhantes aos hospitalares, para atenderem a todas as demandas dos usuários da Atenção Domiciliar. Este movimento é conhecido como tecnificação do cuidado (MIOTO e PRÁ, 2015).

Segundo os autores, o "Programa Melhor em Casa" passa a ser um das estratégias utilizadas pelo SUS, porque propicia, com atendimento domiciliar, uma redução significativa dos custos hospitalares, uma vez que esses gastos são transferidos para as famílias, além de proporcionar maior rotatividade dos leitos hospitalares com a internação domiciliar (MIOTO e PRÁ, 2015).

Assim, diante dos estudos das autoras MIOTO e PRÁ (2015), consta-se que o Programa Melhor em Casa tem aspectos positivos para o SUS no que tange a redução dos custos hospitalares pela lógica da desospitalizacao, do discurso da humanização do atendimento e da internação domiciliar. Transferindo para as famílias a responsabilização de prover a proteção social que até então era dever exclusivo do Estado. Contudo, na grande maioria, essas famílias não têm condições financeiras, matérias, emocionais e culturais para arcar com tal responsabilidade, recorrendo, muitas vezes, a sua rede social de apoio (vizinhos, amigos) ou a solidariedade e benevolência das redes filantrópicas.

Capítulo 4: Análise de Dados

O quarto capítulo analisará os dados da pesquisa de campo, haja vista a sequência metodológica da pesquisa, conforme explanado na introdução, por isso, interessa aqui os resultados da pesquisa de campo, a qual teve por sujeitos os/as assistentes sociais do Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar-NRAD`s do Distrito Federal-DF, objetivando compreender o exercício profissional desses trabalhadores na Atenção Domiciliar, no âmbito da Atenção Primária em Saúde. A análise da pesquisa de campo busca apreender quais são as atribuições e competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho desses profissionais na instituição.

Por questões sigilosas não será mencionado neste trabalho nomes e para melhor entendimento os participantes da pesquisa de campo serão denominados como sujeitos/as, sujeito/a um e sujeito/a dois.

Todos os/as sujeitos/as da pesquisa são assistentes sociais estatutários e especialistas de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal-SES/DF há de mais cinco anos, com renda familiar entre 7 a 24 salários mínimos e não possuem outros rendimentos.

Atualmente atuam no NRAD`S, com carga horária de 16 a 40 horas semanais, o/a sujeito/a um é exclusivo e sujeito/a dois não é exclusivo. Desarte, o sujeito um cumpre 40 horas semanais nos NRAD`s; já o/a sujeito dois cumpre somente 16 horas semanais nos NRAD`s, e 24 horas semanais restantes no pronto-socorro de um hospital.

Os sujeitos da pesquisa também são bacharelados em Serviço Social, com especializações ou na área de administração e planejamento de gestão pública ou na área da saúde da família, com experiências em outras áreas do Serviço Social, como, por exemplo, na assistência social e em prefeituras com monitoramento e planejamento de políticas públicas.

Quadro. 03. Características dos/as sujeitos/as da pesquisa de campo.

Sujeito/a Um	**Sujeito/a Dois**
Carga horária semanal para o NRAD`s: 40 horas semanais	Carga horária semanal NRAD`s: 20 horas semanais
Especializações: Administrações e planejamento de projetos sociais	Especializações: Saúde da Família há mais de 12 anos; Gestão Publica há um ano.

Além disso, todos os/as sujeitos/as procuram se manter atualizados sobre a profissão participando de congressos, palestras, cursos, seminários promovidos ou pela SES/DF ou pela própria instituição que sempre estimula a qualificação profissional e formação continuada dos profissionais que ali atuam.

Atualmente não estão supervisionando estagio, não participam e não integram nenhum movimento social, conselhos de direito/políticos, comissões no ambiente de trabalho, sindicados, etc, mas julga-nos bastante importante, entretanto, acham que hoje o debate em torno desses trabalhos tem-se tornado bastante maçantes, sempre com as mesmas discussões. E por fim, não buscam e não tem nenhuma proximidade com a Universidade (UnB).

Delimitou-se, em linhas gerais, quem são os sujeitos da pesquisa de campo e onde está inserido seu exercício profissional. Os próximos tópicos abordaram os principais temas tratados na pesquisa de campo, tópicos esses que serão: Trabalho em equipe nos NRAD`s; Competências e Atribuições do Serviço Social nos NRAD`S; e Condições de trabalho nos NRAD`S, os principais desafios.

4.1. Trabalho em equipe nos NRAD`S

Agora, discorreremos sobre a constituição do trabalho em equipe nos NRAD`s, segundo os sujeitos da pesquisa de campo, o quão é importante esse trabalho para a manutenção dos direitos e cidadania, não somente do usuário, mas de toda a sua família.

Percebe-se, por meio das leituras e do marco legal, que para o pleno funcionamento e desenvolvimento da Atenção Domiciliar é relevante que o trabalho seja organizado em equipes e estas sejam multiprofissionais e interdisciplinares. Entretanto, é necessário compreender cada parte que compõem as equipes, pois se sabe que cada uma dessas dimensões tem um sentido e significado diferente.

De acordo LEITE e VELOSO, 2008, pensar o conceito de trabalho em equipe é analisá-lo por partes: trabalho e equipe. O trabalho é ação continua e essencial que envolve um conjunto de arranjos institucionais que “transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho”, ou seja, nas relações de subordinação e dominação entre o capital e trabalho. E equipe é “conjunto de profissionais que se aplicam a desenvolver trabalho em

conjunto, a partir da definição dos objetivos" (SOUZA e MOURÃO, 2002, *apud*, LEITE e VELOSO, 2008, p. 377).

Sendo assim, o trabalho em equipe é definido a partir das transformações das relações de produções internas que desenvolvem um trabalho em conjunto após o estabelecimento dos objetivos em comum.

Além disso, o trabalho em equipe pode ser caracterizado como multiprofissional, sendo:

> [...] uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interações dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, a mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998 *apud*, PEDUZZI, 2001, p. 108).

E por fim, a outra dimensão importante no trabalho em equipe multiprofissional realizado nos NRAD`s é a interdisciplinaridade, isto é, pensar em equipe constituída por várias áreas do saber com diferentes conhecimentos e teorias, mas que compartilham do mesmo objetivo (PEDUZZI, 2001).

Desta forma, pensar no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar nos NRAD`s é considerar que o trabalho seja realizado de forma conjunta por diferentes profissionais que comunguem do mesmo objetivo: garantir o direito à saúde de forma universal e integral em domicilio.

Diante das premissas acima, todos/as os/as sujeitos/as da pesquisa foram unânimes em responderem que o trabalho nos NRAD` é organizado em equipe multiprofissional, por meio de abordagem interdisciplinar. Parte-se da premissa de que todos os profissionais incorporam no seu cotidiano de trabalho um conceito ampliado de saúde, ou seja, que minimamente ultrapassem a perspectiva minimista da saúde como ausência de doença, no sentido de incorporar a determinação do processo saúde doença no âmbito da intervenção, como assim explicitado, por um dos sujeitos de pesquisa:

> *"[...] tudo junto e misturado [...] as pessoas da equipe são muitos esclarecidas, em termos de saúde, o que é saúde como um todo, o que são atribuições de cada um* (sic)" (SUJEITO/A UM).

O relato sugere que a experiência do trabalho conjunto não descaracteriza o que é especifico de cada profissão, ou seja, o que chamam no serviço social, de atribuição da profissão. Por outro lado, a expressão do sujeito, "junto e misturado", aqui pode presumir um

sentido de projeto conjunto, de unidade da equipe, conforme identificado por PEDUZZI, 2001, p. 107: "em torno de um tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo de saúde e doença" do usuário, da sua família e de sua comunidade.

Dessa maneira, o discurso dos sujeitos da pesquisa indica que a organização cotidiana do trabalho nos NRAD`s é pensada e planejada conjuntamente com todos os membros da equipe, que na sua grande maioria é composta por médicos, enfermeiros, técnicos enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e administrativos, portanto, as ações e serviços prestados pela instituição são discutidos e decidido em equipe.

De acordo com os/as sujeitos/as da pesquisa, infere-se que as principais ações e serviços prestados pela equipe multiprofissional nos NRAD`s são: admissão ao programa, visitas de admissão; estudos de caso, mini-capacitação dos cuidadores; visitas domiciliares; alta da equipe. Será melhor explicitado no quadro abaixo:

Quadro 3. Ações e Serviços realizados pelas equipes do/a sujeito/a um e do/a sujeito/a dois

AÇÕES E SERVICOS	O QUE SÃO?	EQUIPE DO/A SUJEITO/A UM	EQUIPE DO/A SUJEITO/A DOIS	EQUIPE DO/A SUJEITO/A UM/ EQUIPE DO/A SUJEITO/A DOIS
Admissão ao programa	Critérios de inclusão do usuário ao programa.	X	X	Ambas as equipes elaboraram um cartilha explicativa com os critérios de inclusão e continuidade do usuário ao programa.
Visitas de Admissão	Realizado pela equipe a visita domiciliar com a finalidade de incluir os usuários ao programa.	–	Realizado somente pela equipe do sujeito dois	–
Estudo de Caso	A equipe se reúne para discutir sobre a situação dos usuários de acordo com especialidade.	Realizado somente pela equipe do/a sujeito/a dois. *"na reunião de estudo de caso, relato para as colegas que estou fazendo tal coisa com paciente* (sic)*"*.	–	–
Mini-capacitação dos cuidadores	É ensinado para os cuidadores todos os procedimentos e técnicas para os cuidadores.	–	Realizado somente pela equipe do/a sujeito/a dois. *"a mini-capacitação dos cuidadores também de forma conjunta* (sic)*"*.	–
Visitas Domiciliares	Principal instrumento técnico-operativo é usado pela equipe para visita dos usuários.	X	X	Realizados por ambas as equipes, um das modalidades mais utilizadas pela AD.

Legenda:

x- símbolo que representa a equipe que realiza tal ação e serviço
__ símbolo que representa que a equipe não realiza tal ação e serviço.

Por meio da pesquisa de campo, percebe-se que na execução das ações e dos serviços citados acima não há nas equipes qualquer hierarquização ou sobreposições de poderes entre os profissionais; mas segundo o sujeito um, há na sua equipe alguns embates no que diz respeito ao não entendimento dos profissionais sobre algumas situações encontradas nas famílias dos usuários, que vão além da questão de saúde e acreditam que medidas imediatistas podem resolver a situação.

Nesse sentindo, é relevante que os profissionais de saúde incorporem às suas ações e serviços de saúde o conceito ampliado de saúde e os novos modos de agir ligados à perspectiva de um projeto profissional construído coletivamente por todos os membros da equipe, inclusive a/o assistente social, pois o mesmo tem seu exercício profissional voltado para luta da classe trabalhadora, mas não somente dessa classe, e sim todas as classes que estão à margem da sociedade, pela defesa do direito à luta pela saúde, educação, moradia. É a construção de um projeto profissional que tem por base a luta por novas sociabilidades que preconiza a igualdade social, econômica, cultural e política.

Verificando em linhas gerais quais as ações e serviços desenvolvidos e realizados pelas equipes, percebe-se que a lógica das equipes nos NRAD`s é desenvolvida buscando atender o usuário e sua família de forma completa, trazendo toda a estrutura hospitalar para casa do usuário e repassar aos cuidadores todos os procedimentos necessários para a manutenção da proteção social do usuário em sua residência, ou seja, visa atender os usuários em domicílio de maneira integral e humanizada.

4.2. Competências e Atribuições do Serviço Social nos NRAD`S

Trata-se neste tópico da caracterização das competências e atribuições do Serviço Social, segundo os/as sujeitos/as da pesquisa de campo.

Antes de adentrar na temática deste tópico, é necessário compreender a diferença entre atribuições e competência para o Serviço Social. De acordo como Parecer Jurídico n.27/98, de 13 de setembro de 1998, que analisa as competências do assistente social, previstas no Art. 5 da normativa 8662/93, diferenciando atribuições de competências profissionais. Define competência como a "capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinado assunto" e atribuição é a "habilidade e aptidão para resolver determinada questão" (PARECER JURÍDICON. 27/98, 1988, p. 03).

Em linhas gerais, a Lei n. 8662/93, que regulamenta a profissão do assistente social, explicita as competências do profissional de assistência social:

> II. elaborar, coordenar e executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
>
> III. encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e a população ;
>
> VIII. prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo" (ou seja, relacionadas ao âmbito de atuação do Serviço Social);
>
> XI. realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefício e serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas privadas e outras entidades " (BRASIL, 1993).

E no Art. 5, definem-se as atribuições privativas do assistente social, também em linhas gerais:

> I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
>
> III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
>
> IV - realizar vistorias, perícias, técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
>
> XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
>
> XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
>
> XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.".(BRASIL, 1993).

Contudo, de acordo com Parecer Jurídico n.27/98 e IAMAMOTO (2012), encontram-se nos referidos artigos contradições e dubiedades que deixam a compressão sobre as competências e atribuições privativas do assistente social confusas, uma vez que pelo texto legal, citado acima, há algumas similaridades entre as definições de cada um.

Assim, segundo IAMAMOTO (2012), para compreender as atribuições específicas do assistente social é necessário apreender a "matéria, área e unidade do Serviço Social" (IAMAMOTO, 2012, p. 38), por meio da formação teórica, técnica e ética-politica. Portanto, área se refere ao local de atuação do assistente social, a matéria diz respeito às particularidades do Serviço Social e unidade refere-se ao conjunto de profissionais reunidos em um mesmo local e com os mesmos objetivos.

Assim como a compreensão das competências profissionais, é necessário ultrapassar a competência burocrata desvendando "os fundamentos conservantistas e tecnocrático" (IAMAMOTO, 2009, p.02) para chegar-se na competência crítica, podendo supor:

> [...] um diálogo íntimo com as fontes inspiradoras do conhecimento e com os pontos de vista das classes por meio dos quais são construídos os discursos: suas bases históricas, a maneira de pensar e interpretar a vida social das classes que apresentam esse discurso dotado de universalidade, identificando novas lacunas e omissões. (IAMAMOTO, 2009, p. 02).

Por isso, para exercer essa competência argumentativa, os profissionais têm que apresentar um diálogo crítico com a herança intelectual do Serviço Social, sob a qual é constituída a profissão, trazendo uma aproximação entre a história e a teoria; aproximação com diversas mudanças nas relações e determinações do ser social, gerando "um profissional culturalmente versado e politicamente atendo ao tempo histórico, atento ao decifrar os não-ditos, os dilemas implícitos do discurso autorizado do poder" (IMAMOTO, 2009, p. 03); estratégias, técnicas e táticas que dão a direção do fazer profissional, ultrapassando o messianismo utópico e fatalismo (IAMAMOTO, 2009).

Para as premissas acima se concretizarem, é fundamental que a prática e a teoria não sejam desvinculadas, uma vez que ambas formam uma unidade na diversidade. Segundo SANTOS (2010), a prática precede a teoria e, por isso, a teoria é construída a partir das aproximações sucessivas dos fenômenos, buscando as múltiplas determinações desses eventos, esse movimento só será possível mediante a universalidade, a singularidade e a particularidade que estão presentes no espaço de intervenção do assistente social.

Assim, a singularidade é a identificação, pelos profissionais, dos principais problemas dos usuários no âmbito individual, familiar ou comunitário que podem ser resolvidos no imediatismo. A universalidade é compreensão da realidade concreta dos usuários assistidos pelo programa no sentindo de compreender os mais diversos complexos existentes ultrapassando as aparências da questão social. E as particularidades são meios utilizados pelos

quais os profissionais universalizam o singular e esses se universalizam por meio do campo das mediações.

Com base nos pressupostos acima, aborda-se na sequencia o exercício profissional do assistente social, a partir do relato dos/as assistentes sociais dos NRAD`s. Ao serem questionados com relação às atribuições do assistente social nos NRAD's, a ênfase recaiu para as seguintes ações expressas nas falas dos sujeitos da pesquisa: sensibilização da família sobre a atual situação do usuário, com intuito de evitar conflitos; escuta qualificada dos familiares do usuário para identificar ali as demandas que vão além das enfermidades do usuário, podendo ser demandas econômicas, sociais, políticas e até mesmo culturais; encaminhamentos equipamentos/ serviços, tais como: CRAS, CREAS, Defensoria Pública, Central do Idoso; identificação de casos de violência doméstica e se possível a notificação[15]; sensibilizar também a equipe de trabalho sobre a situação da família do usuário; e mediação de conflitos.

Todas essas ações e atividades citadas foram ressaltadas pelos sujeitos da pesquisa, como atribuições do Serviço Social na instituição, e para operacionalização dessas ações são utilizados alguns instrumentos técnicos-operativos no cotidiano de trabalho, como por exemplo: visitas domiciliares, " *carro chefe dos NRAD`s"*(sujeito/a dois); entrevistas; registros no prontuário; reuniões em grupo com as famílias dos usuários; relatórios e pareces.

O Quadro 4 explicita, de maneira clara e objetiva, quais são as atribuições e os instrumentos técnico- operativos utilizados no exercício profissional dos sujeitos da pesquisa de campo.

Quadro. 4. Atribuições e instrumentos técnico-operativos do assistente social nos NRAD`S DF.

ATRIBUIÇÕESS DOS SUJEITOS UM/ SUJEITO DOIS	INSTRUMENTOS TECNICOS- OPERATIVOS
Mediação de conflitos, segundo os sujeitos da pesquisa é atribuição do Serviço Social na instituição;	Visitas Domiciliares, segundo o sujeito dois é carro chefe da instituição;
Sensibilizar os familiares sobre atual situação do usuário, para evitar conflitos entre os mesmos;	Encontros em grupo, segundo sujeito um realizava encontro a cada 04 meses com os cuidadores;
Sensibilizar os profissionais sobre a situação da família do usuário;	Registros no prontuário, *"fazemos evolução no prontuário"* (sujeito dois);
Orientações e encaminhamentos para outras políticas públicas;	Parecer e relatórios;
Escuta qualificada das famílias dos usuários;	Entrevistas.
Notificar casos de maus tratos e violência.	

[15] Vale salientar que a notificação em casos de violência e maus tratos não é somente atribuição do assistente social, mas sim é de responsabilidade do profissional que identifica tal situação.

A expectativa no desempenho profissional no sentido de garantia de um trabalho com qualidade e que contribua no acesso à saúde dos usuários e na defesa do Sistema Único de Saúde ficou evidenciado na fala dos sujeitos da pesquisa.

Por outro lado, a interpretação a respeito das situações apresentadas nas falas transcritas anteriormente expressam as contradições vivenciadas no âmbito da profissão, a exemplo da mediação de conflitos. Há estudos que identificam que a mediação é compreendida como eixo central da dialética do serviço social, abarcando tanto a dimensão ontológica quanto a dimensão reflexiva, ou seja,

> A categoria de mediação tanto possui a dimensão ontológica quanto reflexiva. É ontológica porque está presente em qualquer realidade independe do conhecimento do sujeito; é reflexiva porque a razão, para ultrapassar o plano da imediaticidade (aparência) em busca da essência, necessita construir intelectualmente mediações para reconstruir o próprio movimento do objeto. (PONTES, 2000, p. 41).

Como já mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, a mediação é essencial para a compreensão das expressões da questão social, pois é por meio dela que o assistente social tem a possibilidade de investigar a realidade concreta das famílias dos usuários assistidos pelo programa, e partir daí detectar quais são as principais singularidades existentes e quais são os rumos a serem tomados a partir dessas informações, permeando diversos "campos de mediações (no qual entrecruzem vários sistemas de mediações)" (PONTES, 2000, p. 47).

Nesse sentido, insere-se um campo de mediações no âmbito do exercício profissional, envolto na dimensão técnica-operativa herdada ao longo da formação acadêmica, a qual proporcionará um conjunto amplo e diverso de estratégias e táticas, com a finalidade de responder as mais diversas expressões da questão social.

No entanto, nas entrevistas, as falas revelaram uma situação que sugere a existência de condições contrárias às requeridas na perspectiva teórica supracitada. A mediação é incorporada numa perspectiva de funcionalidade para resolver os problemas imediatos, relacionados, principalmente, a questões de ordem familiar, inclusive, como sendo esse o arcabouço teórico- metodológico do trabalho profissional.

> *"[...] talvez não esteja claro, mas a fundamentação teórica é muita interpretação das relações conflituosas, a questão da dialética, da fundamentação, que não existe certo e errado e são construções. Essa fundamentação da questão da mediação de conflitos* (sic)". (Sujeito/a dois)

De volta à análise de campo, todos/as os/as sujeitos/as da pesquisa foram unanimes em responder que existem interfaces entre o Código de Ética do Assistente Social e o Projeto Ético Político do Serviço Social no seu exercício profissional, e isso se concretiza por meio do sigilo, assegurando aos profissionais a confidencialidade sobre os relatos dos usuários ou "em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário" (BRASIL, 1993, p.35).

> *"Tento manter o sigilo, têm questões que não coloco nem no prontuário, que a gente não evolui, fica comigo, têm questões que não se divide."* (Sujeito/a dois)
> "*Eu acho que temos que ter muito cuidado com a gente fala, o que faz com os pacientes, ainda mais, na casa dos pacientes, a questão do sigilo...."* (Sujeito/a um).

Outro ponto importante ressaltado pelos/as sujeitos/as da pesquisa, é a interface entre Código de Ética do Assistente Social e do Projeto Ético Político do Serviço Social, respeitando os diferentes saberes e teorias encontrados na equipe multiprofissional.

> *"Eu busco, primeiro, enquanto em equipe, eu trabalho em equipe, eu tento respeitar as visões diferenciadas (das outras profissões), não desqualificar o profissional com outros colegas e com os próprios usuários e da família...."* (Sujeito/a dois)

Percebe-se, pela análise das entrevistas semiestruturadas, que no exercício profissional dos sujeitos da pesquisa há imprecisões entre as dimensões estruturantes do Serviço Social: dimensão teórico-metodológica, ética-politica e técnica-operativa, principalmente, no que tange a articulação da dimensão teórico-metodológica. Vale salientar que essas são partes imprescindíveis para o pleno desenvolvimento do exercício profissional do assistente social, uma vez que se constitui por meio de unidade na diversidade, ou seja, as dimensões do Serviço Social estão organizadas de maneira tal que na ausência de uma, as outras se tornam insuficientes para a compreensão das expressões da questão social e, consequentemente, falham ao realizar as atribuições privativas do/a assistente social nos NRAD`s

O que fica explicito no exercício profissional dos/as assistente social dos NRAD`s, segundo a análise da entrevista semiestruturada, é a falta de reconhecimento dos saberes norteadores da ação profissional, e quando os reconhecem em alguns aspectos estão em condições contrárias à perspectiva do projeto ético político do Serviço Social, atualmente hegemônico na profissão.

Por outro lado, evidencia-se no exercício profissional a perspectiva técnica-operativa e alguns valores e princípios norteadores do Código de Ética do Assistente Social para responder as expressões da questão social presentes nos NRAD`s.

Assim, persistem traços de uma concepção tecnicista que, segundo SANTOS (2010), choca-se com novos debates das Diretrizes Curriculares, impedindo articulação e vinculação das dimensões estruturantes do Serviço Social, ou seja, "não reconhece a relação de unidade entre essas três" (SANTOS, 2010, p. 09) dimensões. Podendo entender aqui que a teoria é reduzida, de acordo com SANTOS (2010), na falsa afirmação: "*na prática a teoria é outra".*

> No entendo, pode-se subentender, nessa afirmativa, a exigência de que uma determinada teoria traduza-se em instrumentos próprios da ação, ou seja, que os instrumentos sejam criados, extraídos, diretamente de uma teoria. A teoria é reduzida a algo que se encaixa na prática, e a prática social é reduzida à prática profissional que, por sua vez, é reduzida a utilização de instrumentos de intervenção. Mas já que a teoria não está se transformando em prática, considera-se que o mais importante, então, seja a própria prática. (SANTOS, 2010, p. 09)

Acarretando em um grande problema para os/as sujeitos/as da pesquisa de campo na execução de suas atribuições, pois se sabe que esses problemas são advindos, principalmente, de contexto social, econômico, politico e cultural repercutindo nas mais diversas expressões da questão social em que estão inseridos os usuários e as famílias assistidas pelos NRAD`s.

Diante das premissas acima, volta-se ao debate dos parágrafos anteriores sobre a importância do campo da mediação para o exercício profissional do assistente social que está permeado por "determinações histórico-sociais constitutivas de complexos sociais" (PONTES, 2000, P.43), nas quais estão inseridas a tríade, singularidade, universalidade e particularidade, pertencentes ao espaço de intervenção do assistente social.

Para tanto, para concretizar a prática interventiva dos sujeitos da pesquisa de campo é fundamental a articulação das dimensões do Serviço Social para entender toda uma totalidade social, que permeia as expressões da questão social e seu exercício profissional para melhor execução das suas atribuições no âmbito da Atenção Domiciliar, além disso, para a construção de um projeto profissional vinculado ao projeto societário.

Voltando-se à análise da entrevista semiestruturada, ambos os/as sujeitos/as da pesquisa ressaltaram que possuem autonomia no seu trabalho perante a equipe multiprofissional com a qual trabalham, e organizam seu cotidiano de trabalho como lhes convirem:

> *"[...] junto à equipe, eu tenho muito autonomia [...] no mundo pequeno entre a equipe, eu acho que eu tenho muito autonomia para falar gente: 'hoje não vou fazer vista porque vou sair para visitar o centro olímpico para ver o que eles estão desenvolvendo com pessoas cadeirantes. Eu posso ir ninguém fala nada* (sic)" (Sujeito/a um).
> *"[...] sim, eu que digo como deve se feito na minha área, de Serviço Social, eu que digo como deve ser feito* (sic)*"* (Sujeito/a dois).

Contudo, segundo o sujeito/a dois, esta autonomia é relativa, pois "*há uma estrutura de Estado"* que limita todas as atividades e as ações dentro dos NRAD`s, por exemplo, a maioria dos usuários atendidos pelas NRAD`s são idosos e acabam sendo encaminhados para outras políticas que demoram muito tempo para ser efetivadas e, na maioria dos casos, os usuários chegam a óbitos.

Como já mencionado no primeiro capítulo, o Serviço Social é historicamente construído na especialização do trabalho coletivo e está inserido na divisão sócio-técnica do trabalho. Isso significa que o assistente social é um trabalhador assalariado que tem que responder os interesses do seu empregador, no caso dos sujeitos da pesquisa é o Estado, "condicionam o caráter do trabalho realizado (voltado ou não para a lucratividade do capital), seus limites e possibilidades, assim como significado social e efeitos da sociedade" (IAMAMOTO, 2009, p. 5), quando seu exercício profissional dependente das relações e condições sociais para se efetivar.

Os/as sujeitos da pesquisa de campo têm por empregador o Estado e, por isso, têm que responder as demandas e interesses do patrão. Sabe-se que nas últimas décadas foi instaurado no Brasil um sistema perverso, neoliberalismo[16], onde se reorientam os fundos públicos para os grandes detentores do capital, em detrimentos das políticas públicas, tornando-as cada vez mais focalizadas, descentralizadas e privatizadas, repercutindo nas expressões da questão social, as quais transformam também o exercício profissional do assistente social, uma vez que seu objeto de trabalho é a questão social.

Assim, exercício profissional dos sujeitos da pesquisa encontra uma dupla armadilha, ao passo que precisam responder as necessidades e demandas dos usuários assistidos pelo NRAD`s, com intuito de garantira "ampliação dos direitos de cidadania e nas correspondentes políticas públicas" (IAMAMOTO, 2009, p. 05). Também têm que responder a lógica do sistema capitalista, e estas respostas têm que ser condizentes com a manutenção do mercado e do consumo. Cabendo ao profissional criar estratégias e táticas políticas de manutenção e ampliação dos interesses das classes subalternas.

> Assim as condições que circunscrevem o trabalho do assistente social expressam a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. O exercício profissional é necessariamente polarizado pelo drama das relações e interesses sociais. Participando tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, das respostas às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo dos interesses sociais. Isso significa que o exercício profissional participa de um processo que tanto permite a

[16]Não se adentra profundamente nos entraves do sistema capitalista neste capítulo, pois já foi explanado no primeiro capítulo deste trabalho.

> continuidade da sociedade de classe quando cria possibilidades de sua transformação. (IAMAMOTO, 2009, p. 12)

Dessa forma, percebe-se que os/as assistentes sociais entrevistados têm total autonomia dentro seu ambiente de trabalho, no mundo interno, para organizar suas atividades e suas ações de acordo com as necessidades e as demandas. Contudo, essa autonomia se torna relativa quando estas atividades e ações são transportadas para outras instâncias, para o mundo externo, onde são revertidas de burocracias e interesses que dificultam significativamente a operacionalização das atribuições e competências do assistente social, tornando um grande desafio para o assistente social dentro dos NRAD`s[17].

Em linhas gerais, consta que as principais atribuições do assistente social nos NRAD`s do DF é a mediação de conflitos existentes tanto na família dos usuários quanto na equipe multiprofissional Contudo, essa mediação destoa da mediação referida nos parágrafos acima, refere-se à mediação de conflitos defendida pelo âmbito jurídico, onde são oferecidas soluções viáveis para os conflitos existentes nas famílias e comunidades com a presença de mediador que nesse caso seria o assistente social.

Comunga da mesma opinião de GUERRA (2000), sobre a relevância do campo da mediação para o exercício profissional, uma vez o mesmo permite o movimento contrário, ou seja, "que as referências teóricas, explicativas da lógica e da dinâmica da sociedade, possam ser remetidas à compreensão das particularidades do exercício profissional e das singularidades do cotidiano" (GUERRA, 2000, p.14) onde o/a assistente social construirá no seu exercício profissional uma cultura profissional, onde irá negar o imediatismo das aparências dos fenômenos sociais, por meio do seu acervo cultural constituído pela base teórico-metodológica e ética- política.

> Com isso pode-se perceber que a cultura profissional incorpora conteúdos teórico-críticos projetivos. Pela mediação da cultura profissional, o assistente social pode negar a ação puramente instrumental, imediata, espontânea e reelaborá-la em nível de respostas sócio-profissionais. Na elaboração de respostas mais qualificadas, na construção de novas legitimidades, a razão instrumental não dá conta. Há que se investir numa instrumentalidade inspirada pela razão dialética. (GUERRA, 2000, p.14)

4.3 Condições de trabalho no NRAD`s, os principais desafios.

[17] No próximo tópico serão explanados as condições de trabalho do/ a assistente social no NRAD`s.

O último tópico discorre sobre as condições de trabalho do assistente social e da equipe no Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar. A operacionalização da Atenção Domiciliar no Distrito Federal tem se tornado um grande desafio, segundo o/a dois sujeitos da pesquisa, os espaços físicos são extremamente pequenos, insalubres e não comportam toda a equipe multiprofissional.

Os serviços prestados pelos NRAD`s, de acordo comos/as pesquisados/as, são fundamentais e essenciais, porque atendem em domicilio usuários em estágio mais avançados de envelhecimentos e demência; doenças crônicas não transmissíveis; dentre outras enfermidades. Com uso de tecnologias simples que são organizadas por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que pensaram no processo de trabalho em torno das "discussões sobre as diferentes concepções e abordagens à família." (BRASIL, 2012, P.03), tornando o atendimento mais humanizado, e privilegiando as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. (BRASIL, 2012).

Contudo, de acordo com o/a sujeito/aum, não há visibilidade, no DF, em torno do programa NRAD`s, principalmente, por falta de força política e de interesse do Governo Federal sobre a internação domiciliar. Por isso, os núcleos têm-se desenvolvido de forma lenta:

> *"[...] a minha avaliação com relação ao NRAD`s que ele é importante, mas que ele ainda não tem forca política, não tem interesse político, não tem visibilidade, a internação domiciliar como um todo, ele anda a passos de formiga".* (Sujeito/a um).

Além do mais, para se operacionalizar as ações e serviços dos NRAD`s de forma mais ágil, muitas vezes, tem-se que contar com "ajuda" de outros colegas mais influentes na SES/DF, por exemplo, como o sujeito um já trabalhou na coordenação da Atenção Domiciliar e tem contato com a direção dos NRAD`s, consegue-se agilizar alguns procedimentos e serviços mais rapidamente, facilitando o processo de trabalho na instituição. Porém, a maioria dos NRAD`s não tem contato e ajuda de outros colegas. O processo e organização do trabalho da equipe tornam-se mais lentos e complicados.

Outro ponto importante, ressaltado pelos sujeitos da pesquisa, que impede significativamente a consolidação do trabalho da equipe multiprofissional é o espaço físico, sendo, na maioria das vezes, extremamente pequeno para comportar a equipe, posto a quantidade de membros que compõem os grupos, tornando o ambiente insalubre e cansativo tanto para os/as assistentes sociais quanto para a equipe.

> *"[...] É insalubre, é cansativo, por exemplo, um está fazendo um relatório, o outro está digitando, o outro está falando da vida do vizinho, o outro está discutindo um caso com paciente, enfim, cada um está fazendo alguma coisa, essa confusão não dá* (sic)*"* (Sujeito/a um).

> *"Não só para o S.S, mas para todos da equipe, o espaço é muito ruim, nós não temos espaço aqui [...].é insalubre, pequeno, a equipe é muito grande com pouco espaço."* (Sujeito/a dois).

Além do mais, o sujeito um ressalta que trabalha num NRAD`s privilegiado por possuir um galpão grande onde guardar todos os materiais, como camas e colchões, que emprestam aos usuários. Contudo, a grande maioria dos NRAD`s não possuem um espaço interno para guardas tais materiais, ficando expostos nos corredores dos hospitais. Entretanto, de acordo com o/a sujeito/um, esse espaço externo apesar de grande é muito sujo e insalubre, pois é localizado perto das lixeiras do hospital e limpa-se muito pouco, tornando-o propício a infecções.

Ambos os/as sujeitos/as da pesquisa de campo foram unânimes em responder que perceberam, nos últimos anos, um processo de intensificação do trabalho desenvolvido pelas equipes, ocorridos, principalmente: pelo aumento da pobreza; pelo crescimento da criminalidade; pelo aumento do desemprego; pelo aumento da dependência do álcool e outras drogas, que têm influenciado significativamente a elevação das demandas pelos serviços dos NRAD`s.

Dessa forma, percebe-se que essa intensificação da demanda tem sido acompanhada pela sobrecarga de atividades, devido ao imenso volume de trabalho, fazendo que com os assistentes sociais priorizem os serviços mais importantes:

> *"[...] eu priorizo, eu foco na aquilo que mais eu acho que demanda mais meu trabalho"* (Sujeito/a dois).

Pelo que foi enfatizado no primeiro capítulo, a partir do final dos anos 70, houve a instauração de uma conjuntura contemporânea que reconfigurou consideravelmente o mundo do trabalho, surgindo outros tipos de trabalho, como os terceirizados, os subcontratados, os infoproletaridos, dentre outros, ficando esses novos trabalhadores desprotegidos de quaisquer leis trabalhistas.

Essa conjuntura contemporânea, além de remodelar o mundo do trabalho, alterou também as expressões sociais, repercutindo, diretamente, no exercício profissional do assistente social, criando novas demandas e interesses para além das disparidades sociais, ou seja, interesses de gênero, étnico-raciais, de sexualidade, ambientais e regionais.

Contudo, essas novas demandas não foram acompanhadas por políticas públicas que assegurem a cidadania e democracia a todos. Assim, as políticas sociais existentes estão sofrendo um intenso processo de focalização, privatização e descentralização. Os profissionais têm que criar estratégias e táticas para enfrentar essa nova lógica, preconizando os excluídos dos excluídos. Sobrecarregando o trabalho, não somente do assistente social, mas de toda equipe do NRAD`s.

Pode-se perceber que nesse processo de intensificação do trabalho, nos últimos anos, todos os/as sujeitos/as da pesquisa de campo desencadearam algum processo de adoecimento advindo do trabalho, mas não pelo trabalho na instituição - NRAD`s, mas pelo trabalho na área da saúde. Contudo, nenhum deles precisaram se afastar do trabalho em consequência do adoecimento e também não estão fazendo acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso.

Por fim, somente o/a sujeito/a um afirmou que há na instituição política institucional voltada para atenção à saúde dos trabalhadores, composta por psiquiatras, clínicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.

Percebe-se, dessa maneira, que as condições internas de trabalho têm-se tornando um dos grandes desafios para a consolidação tanto do trabalho do assistente social quanto da equipe multiprofissional, tendo em vista o aumento de trabalho e os espaços físicos pequenos, insalubres e que não comporta a todos da equipe.

Além do mais, o principal desafio enfrentado não somente pelo o/a assistente social, mas por toda equipe multiprofissional do NRAD`s, é as consequências advindas do sistema neoliberal, que trouxem consigo um novo mundo de trabalho e novas necessidades sociais associadas ao mundo do consumo, que foram acompanhadas pela tendência de focalização, descentralização, e privatização das políticas sociais, econômicas e políticas das classes trabalhadoras.

Considerações Finais

Este Trabalho de Conclusão de Curso- TCC objetivou analisar o exercício profissional do assistente social nos Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar- NRAD`s no Distrito Federal, no âmbito da Atenção Primária em Saúde - APS. Para tanto, foi relevante compreendermos as contribuições, competências profissionais, principais desafios e limitadores do assistente social na instituição.

Assim, traçamos três linhas de entendimento que subsidiaram o entendimento teórico desses objetivos: no primeiro, elucidamos de forma objetiva o exercício profissional do assistente social na atual conjuntura e como o projeto profissional está associado às dimensões do Serviço Social, a dimensão ética-politica, teórica-metodológica e técnica-operativa; e no segundo e no terceiro momento caracterizamos a APS no contexto do Sistema Único de Saúde e a Atenção Domiciliar, apontando os momentos mais relevantes tanto no âmbito internacional e nacional.

A partir desses entendimentos passamos para outra etapa do nosso trabalho: a prática, que tinham por escopo elucidar os nossos objetivos. Por isso, estruturamos a pesquisa qualitativa em dois momentos diferentes, mas complementares: a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo.

Constamos, pela pesquisa a bibliográfica, a escassez de artigos públicos na plataforma online do SciELO voltados para a temática deste trabalho, ou seja, artigos públicos online com estudos sobre Atenção Domiciliar no Âmbito da APS com interlocução o Serviço Social, principalmente, no que tange a esse último tópico, que é quase inexistente.

Já com a pesquisa de campo pudemos perceber alguns pontos relevantes para estudo:

- Concluímos que a Atenção Domiciliar é operacionalizada no âmbito nacional pelo “Programa Melhor em Casa”, e no Distrito Federal é realizada pelo Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar. Contudo, todos os recursos destinados ao núcleo da capital são advindos do Programa “Melhor em Casa”;
- Percebemos também, que todos os serviços e ações realizadas cotidianamente nos NRAD`s são organizadas por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Por isso, o processo de trabalho na instituição é pensado e programado por equipe compostas por

diversos profissionais que comunguem do mesmo objetivo: garantir o direito à saúde de forma universal e integral em domicílio;

- Percebeu-se que as condições de trabalho nos NRAD`s têm-se tornado um grande empecilho para a concretização do trabalho na equipe, uma vez que os espaço físicos de trabalho são insalubres, pequenos e não comportam a equipe. Além disso, falta interesse do governo e força política, principalmente, na internação domiciliar, modalidade trabalhada nos NRAD`s;
- O assistente social é parte relevante na equipe e seu exercício profissional está inserido na modalidade da internação domiciliar tendo como principal instrumento técnico-operativo a visita domiciliar e o atendimento domiciliar;
- Inferimos também que o exercício profissional do assistente está voltado para a garantia de um trabalho com qualidade e que contribua para o acesso à saúde dos usuários na perspectiva de defesa do Sistema Único de Saúde universal e integral;

Concluímos, por fim, o quão é relevante a Atenção Domiciliar para humanização do SUS, uma vez que proporciona aos usuários atendimento hospitalar no âmbito domiciliar por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Contudo, a atual conjuntura avessa aos direitos e cidadania, deixa a Atenção Domiciliar ter pouquíssima visibilidade e pouquíssimo interesse público, tornando-se um obstáculo para os profissionais que ali estão inseridos, pois as condições físicas, matérias e organizacionais produzem desafios para consolidação do trabalho dos profissionais da instituição.

Referencias Bibliográficas

ABREU, Marina Maciel. *A dimensão pedagógica do Serviço Social*: bases históricas-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. In: Ser. Soc, São Paulo: Cortez, 2002, p.163-220.

AGUIAR, Zenaide Neto. *Sistema Único de Saúde: Antecedentes Históricos, percursos, perspectivas e desafios.* Ed. Martinari, São Paulo, 2011, p. 15-40.

ALVES, Giovani. *Dimensões da globalização: o capital e suas contradições*. Ed. Praxis: Londrina, 2001.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho? (ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho).* São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, Ricardo e ALVES, Giovani. *As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital*. Educ. Soc. , Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004

ARAÚJO, Mª Alerte Duarte e BEZERRA, Suely de Oliveira. As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicosde saúde*. *RAP*, Rio de Janeiro 41(2): mai/abr, 2007.

BARROCO, Mª. Lucia .*Ética e Serviço Social- Fundamentos Ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

BAUER, Martins. W e GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa, com texto, imagem e som*. Ed. Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, *Código de ética do/a assistente social*. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar/* Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 963* de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. *Lei n. 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 correspondestes e dá outras providências. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. *Lei n. 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. *Constituição Federal (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica***.** Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) 1/1996. *Diário Oficial da União*, Brasília.

BRASILIA. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015 SUS DF: Construindo o seu melhor Plano de Saúde.* Brasília, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. *A politica de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal.* XIX SeminarioLatinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social enlacoyunturalatinoamericana: desafíos para suformación, articulación y acciónprofesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Equador, 2009. Disponível em < http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acessado em 19 de maio de 2014

BRAVO, Maria Inês Souza. *A politica de Saúde no Brasil.* In: *CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e"A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). *Serviço Social e Saúde:*formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil*: *políticas e organização de serviços.* 4. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, 1978. Disponível em:< http://cmdss2011.org >. Acessado em 09 de abril de 2014.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública***,**Rio de Janeiro ,v. 24, supl.1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf> Acessado em 14 de abril de 2015.

CONTEIRAS, Henrique e MATTAS, Gustavo C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(2): fev,2015.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e praticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.12, p.50-59, maio-ago,2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200006> . Acessado em 15 de junho de 2015.

FRANCA, Nilda de Souza Lopes. *Considerações sobre a interdisciplinaridade na Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS*. 2013, Tese (Monografia em Serviço Social). Universidade Católica de Brasília.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara, LACERDA, Maria Ribeiro e OLINISKI, Samantha Reikdal. Atenção à Saúde no Domicilio: modalidades que fundamentam sua prática.*Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 02, maio-ago, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009> .Acessado em 01 de junho de 2015.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato et. al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600023>. Acessado em 17 de maio de 2015.

GUERRA, Yolanda. *A instrumentalidade no trabalho do assistente social.* Cadernos de Capacitação Continuado para os Assistentes Sociais, " Capacitação em Servico Social e Politica Social". Modulo 04: O trabalho do assistente social e as politicas publicas, CEFSS/ ABEPSS- UnB, 2000.

IAMAMOTO, M.V. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e o trabalho do assistente social na atualidade. *Atribuições privativas do/a assistente social: em questão.* CEFSS, 2012.

IAMAMOTO, M.V e CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil*. 19º Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMOMATO, M.V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro e questão social.* 4. Ed São Paulo: Cortez, 2007

IAMAMOTO, M.V. *Serviço Social na cena contemporânea.* Direitos Sociais e Competências profissionais, 2009.

IAMAMOTO, M.V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: os fundamentos teóricos-metodológicos e técnico-operativos do Trabalho Profissional.* In: Caderno Técnico 23, SESI, ano (?).

LESSA, Sergio. *Serviço Social e Trabalho: do que se trata?* Publicado na Revista *Temporalis*, v.1, n.1, Brasília, 2000, p. 35-58.

LIMA, Mª. L. *apout* CHESNAIS, François. *A Mundialização do Capital*, Tradução Silvana FinziFoá, São Paulo, Xamã, 1996

LIMA, Telma Cristiane Sasso de, MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**.***RevistaKatálysis*, Florianópolis: vol. 10, n. esp., 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300004> . Acessado em 21 de maio de 2015.

MATOS, Maurilio. *Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde, Reflexões a Partir do Debate Brasileiro.* In*: Revista Interações* numero 17,p. 45-63, Portugal, 2009

MIOTO, Regina. CéliaTamasco. Cuidados Sociais Dirigidos à Família e Segmentos Sociais Vulneráveis. In: *O trabalho do assistente social e as politicas sociais.*mod. 04. Brasília: UnB, CEAD, 2000.

MIOTO, Regina CéliaTamasco e NOGUEIRA, Vera Ribeiro. *Serviço Social e Saúde-desafios intelectuais e operativos. In: Ser Social,UNB,* V 11. N. 25, Brasília, 2009.

MIOTO, Regina CéliaTamasco e PRÁ, Keli Regina Dal. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Politica Social brasileira.In: MIOTO, Regina CéliaTamasco; CAMPOS, Marta Silva e CARLOTO, Cassia Maria. *Familismo direitos e cidadania: contradições da politica social.* Ed. Cortez, 2015, p.147-173.

OITAVA CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório Final,* 1986. Disponível em<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em 26 de agosto de 2015.

NETTO, José Paulo. *A construção do projeto ético politico do Serviço Social* (1999).Orgs. *Serviço Social e Saúde*: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006 .

NETTO. José P. *Transformações societárias e Serviço Social.* Serv. Soc .Soc, nº50. São Paulo, 1996,p. 87-132

NORONHA, José Carvalho, LIMA, Luciana Dias eMACHADO, Cristini Vieira. *O Sistema Único de Saúde- SUS.* In: GIOVANELLA, Ligia (org) et al. *Politicas e Sistemas no Brasil.* Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008

PAIM, Jarnilson Silva. *Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.* In: GIOVANELLA, Ligia(org) et al. *Politicas e Sistemas no Brasil.* Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

PAIM, Jarnilson Silva. *O que é o SUS?.*Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jarnilson, TRAVASSOS, Claudia, ALMEIDA, Celia, BAHIA, Ligia e MACINKO, James. *O sistema de saúde brasileiro: historia, avanços e desafios.* Saúde no Brasil 1, 2011.

PEREIRA, Potyara A.P. *Politica social e os desafios estruturais da democracia no capitalismo recente*, 2012. p. 15-31

PONTOS, Reginaldo Nobre. Mediação: categoria fundamental para o trabalho do assistente social. *Capacitação em serviço social e politica social*: Modulo 04: O trabalho do assistente social- Brasília, UnB, 2000.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa-Canadá, Nov. 1986. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf >. Acessado em 09 de abril de 2015.

RAICHELIS, Raquel. *O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.* Serv. Soc . Soc. São Paulo. Nº 107, p. 420-437, 2011.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Bárbara e TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde*

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231- 242, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_arttext>. Acessado em 31 de maio de 2015

SANTOS, Josiane Soares. *"Questão Social": particularidades no Brasil*. Ed. Cortez: São Paulo, 2012.

SANTOS, M.S. *Na Prática a Teoria é Outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social.* Rio de Janeiro: Lumen Juris. 2010.

SCIELO. Home.Disponível em: < http://www.scielo.org/php/index.php> . Acessado em 30 de maio de 2015.

SIMONATO, Ivete, *Gramsci*: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no Serviço Social, 3ed, revisada atualizada. Florianópolis: Ed. Da UFSC; São Paulo: Cortez, 2004, p.38-85.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além dos plantões e encaminhamentos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo**:** n.103, 2010, p. 453-475. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004> . Acessado em 09 de outubro de 2014.

OLIVEIRA, Andreia de.*Atencao Primária à Saúde: Qual o lugar da participação da sociedade.* Tese de Mestrado. 2012, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO , Programa pós -graduado em Serviço Social.

_____. *et al*. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil**.** *Ciências Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2009.

_____ Home. Sobre o SciELO. Dispõe sobre o modelo SciElo de publicações eletrônicas. Disponível em <http://www.scielo.org/php/level.php?component=56&item=1&lang=pt> . Acessado em 30 de maio de 2015.

_____.Modelos de Atenção à saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lígia (Org.) *et al*. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Anexos

Anexo 1.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO/ DADOS PROFISSIONAIS

1.1. Idade:
1.2. Sexo: ( ) M ( ) F
1.3. Naturalidade:
1.4. Local de residência:
1.5. Estado Civil:

1.6. Caso tenha filhos, quantos?
1.7. Composição Familiar:
1.8. Possui alguma crença religiosa?
1.8.1. Qual?
1.9. Renda Familiar (médiaem SM):
1.9.1. Renda Individual (média em SM):
1.9.2. Outros rendimentos (média em SM):

2. DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1. Nível de Formação:
2.2. Graduação: Onde?
2.2.1. Quando se formou?
2.3. Pós- Graduação:
2.4. Possui especialização? ( ) Sim ( ) Não
2.4.1. Caso sim, em qual área você se especializou?
2.4.2. Onde?
2.4.3. Quando?
2.5. Possui Mestrado? ( ) Sim ( ) Não
2.5.1. Caso sim, em qual área?
2.5.2. Onde?
2.5.3. Quando?
2.6. Possui Doutorado? ( ) Sim ( ) Não
2.6.1. Caso sim, em qual área ?
2.6.2. Onde?
2.6.3. Quando?
2.7. Possui Pós- Doutorado? ( ) Sim ( ) Não
2.7.1. Caso sim, em qual área?
2.7.2. Onde?
2.7.3. Quando?

3. DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

3.1. Qual cargo/ função que você ocupa/desempenha?
3.2. Qual o seu tipo de vinculo empregatício?
3.3. Qual a sua área de atuação?
3.4. Tem quanto tempo de atuação como Assistente Social?
3.5. No Serviço Social, desde seu ingresso no mercado de trabalho, em que áreas já atuou?
3.6. O que você busca para se manter atualizado?
3.6.1. Participa de eventos (cursos, palestras, conferencias, congressos, etc.) promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?
3.7. Quais são os serviços prestados pela instituição (Núcleo Regional de Atendimento Domiciliar- NRAD`S)?
3.8. Quais as suas principais ações desenvolvidas no seu cotidiano de trabalho no NRAD`S, no âmbito da APS?
3.9. Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são atribuições (específicos do Serviço Social) do Assistente Social?
3.9.1. No desenvolvimento dessas ações e atividades há algum referencial teórico-metodológico que norteia a sua ação profissional? ( ) Sim ( ) Não
3.9.1.1. Caso sim, qual e como fundamenta?

3.10. Existe interface do Código de Ética do Assistente Social e do Projeto ético-político do Serviço Social no seu cotidiano profissional? ( ) Sim ( ) Não

3.10.1. Caso sim, de que forma?

3.10.2. Caso não , quais os dificultadores?

3.11. Há trabalho de equipe? ( ) Sim ( ) Não

3.11.1. Caso sim, como se dá a constituição da equipe de trabalho? (equipe multiprofissional e interdisciplinar)

3.12. Que atividades você realiza em seu trabalho que são organizadas conjuntamente com a equipe de saúde a que pertence?

3.13. Quais os instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

3.14. O assistente social tem autonomia no ambiente de trabalho? De que forma?

4. CONDIÇOES DE TRABALHO

4.1. Qual a sua jornada de trabalho semanal?

4.1.1. Qual a sua jornada de trabalho semanal no NRAD`S?

4.2. Qual a sua analise/ avaliação acerca da instituição em que trabalha (NRAD`S)?

4.3. Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho?

4.3.1. Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não especificas? ( ) Sim ( ) Não

4.3.1.1. Caso sim, como isso ocorre?

4.4. Qual é a sua avaliação sobre o espaço físico (infra-estrutura) disponibilizado para o Serviço Social na instituição (NRAD`S)?

4.5. Você já desencadeou algum processo de adoecimento advindo do trabalho, seja nesse espaço ou em outro? ( ) Sim ( ) Não

4.5.1. Caso sim, comente.

4.6. Já precisou ficar afastado/a do trabalho em detrimento de adoecimento?

4.7. Existe alguma política institucional voltada para atenção à saúde dos trabalhadores? ( ) Sim ( ) Não

4.7.1. Caso sim, qual e como se dá?

4.8. Atualmente você está fazendo algum acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso em decorrência de agravos à saúde advindos do trabalho?

4.9. Há cobrança e pressão no ambiente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

4.9.1. Caso sim, de que forma?

4.10. Você é requisitado pela instituição (NRAD`S) fora do seu horário de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

4.10.1. Caso sim, como se dá esse processo?

4.11. Há cobrança para o cumprimento de metas e resultados? ( ) Sim ( ) Não

4.11.1. Caso sim, como isso ocorre?

4.12. Como você analisa/avalia o ritmo de trabalho hoje em termos de cobranças de resultados e produtividade?

4.13. Você considera que tem ocorrido um processo de intensificação de trabalho nos últimos anos? ( ) Sim ( ) Não

4.13.1. Caso sim, por quê? E como isso acontece?

4.14. Há acumulo de atividades/sobrecarga de trabalho devido ao volume de demandas? ( ) Sim ( ) Não

4.14.1. Caso sim, como você avalia esse processo?

4.15. Você se utiliza dos recursos tecnológicos (computador, recursos de multimídia e de comunicação) no seu cotidiano de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

4.15.1. Caso negativo, por quê?
4.15.2. Caso afirmativo, como se da essa apropriação?
4.15.2.1. Qual é sua avaliação sobre os avanços tecnológicos no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais?

5. FORMAÇÃO E QUALIFIÇÃO PROFISSIONAL

5.1. A instituição (NRAD`S) estimula a qualificação profissional e a formação continuada? ( ) Sim ( ) Não
5.1.1. Caso sim, como?
5.2. Você supervisiona estagio? ( ) Sim ( ) Não
5.2.1. Caso sim, como você avalia a supervisão de estagio?

6. DADOS SOBRE A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

6.1. Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS? ( ) Sim ( ) Não
6.1.1. Caso sim, como você avalia a atuação dessas entidades?
6.2. Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direito/ políticos, comissões no ambiente de trabalho, sindicados, etc.? ( ) Sim ( ) Não
6.2.1. Caso sim, qual?
6.2.2. Como avalia esses espaços?
6.3. Você busca manter proximidade com a Universidade? ( ) Sim ( ) Não
6.3.1. Caso sim, de que forma?

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa ***"O Serviço social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal"***, de responsabilidade da equipe de pesquisadores: Profa. Dra. Andréia de Oliveira, Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli, Profa. Ms. Liliam dos Reis Souza, professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e Michelle da Costa Martins (assistente social da Secretaria de Saúde do DF). O objetivo desta pesquisa é analisar as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho dos assistentes sociais inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS) no Distrito Federal. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário online e entrevista semiestruturada, tendo os assistentes sociais da APS do Distrito Federal como sujeitos da pesquisa. E nesse momento você estaestá sendo convidado a participar da entrevista semiestruturada. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a

qualquer momento. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Andréia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília telefone: (61) 81080161, de segunda à sexta-feira no horário: 9h às 12 e das 14h as 18h, ou para Michelle da Costa Martins na instituição SES/DF, telefone 33486149, nos mesmos dias da semana e horário.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, _____de _____de _____.

_____ _____

Assinatura do (a) participante Assinatura do (a) pesquisador (a)