



Serviço Social no contexto das equipes de atenção primária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Daiana de Aquino Hilário Machado

Tatiane Vargas Moreira

Lúcia Rubleski Silveira

Resumo:

O resultado da pesquisa aqui apresentado, é fruto de nossa vivência como assistente social residente, do Programa de Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na ênfase da Saúde da Família e Comunidade. O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos assistentes sociais em relação às demandas atribuídas ao serviço social pelas equipes de trabalho no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, a fim de evidenciar a identidade do serviço social na atenção primária em saúde. O estudo teve como base o trabalho realizado nas doze unidades de saúde do SSC do GHC. A pesquisa foi de natureza qualitativa, com orientação epistemológica do método dialético crítico. O universo da pesquisa foi constituído pelos assistentes sociais (preceptores, residentes e contratados) que trabalham no SSC, e amostra foi não probabilística e intencional. Para a coleta de dados utilizamos dois grupos focais. A análise dos dados indica que a profissão ainda é visualizada em alguns espaços sócio ocupacionais como uma prática polícialésca e coercitiva e há necessidade de estar sempre se reafirmando enquanto profissional, dentro das equipes. A educação permanente é reconhecida pelos Assistentes Sociais como um recurso pedagógico, a fim de romper com esta visão mais assistencialista que a profissão carrega historicamente. Foi possível também identificar o reconhecimento das competências/atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais dentro das equipes, no entanto pouco se evidenciou a clareza das assistentes sociais em

relação a vinculação de sua prática profissional ao projeto ético-político da profissão.

Palavras chaves: serviço social, atenção primária em saúde, educação permanente, projeto ético-político do serviço social.

ABSTRACT

The research results presented here, is the result of our experience as a social worker resident in Residence Program Integrated Conceição Hospital Group (CHG), the emphasis of the Family and Community Health. The present study aimed to analyze the perceptions of social workers in relation to the demands assigned to social service teams working in Community Health Service (SSC) of GHC in order to show the identity of social work in primary health care. The study was based on the work done in twelve units of SSC health of GHC. The research was qualitative in nature, with epistemological orientation of critical dialectical method. The research consisted of social workers (preceptors, residents and contractors) who work at SSC and probabilistic sample was not intentional. To collect the data we used two focus groups. The data analysis indicates that the profession is still viewed in some areas as a practicing occupational social policing, and coercion and no need to always be reasserting itself in as professional within teams. Continuing education is recognized by the Social Workers as a teaching resource, in order to break with this vision that the welfare profession historically carries. It was also possible to identify the recognition of skills / activities undertaken by social workers within teams, however little is revealed the clarity of social workers in relation to their professional practice linking the ethical-political profession.

Keywords: social services, primary health care, continuing education, ethical-political social service.

Introdução

Este estudo é fruto do projeto de pesquisa do Programa de Residência Integrada em Saúde do GHC, para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família e Comunidade. A proposta de pesquisa na época foi fruto de inquietações vivenciadas no cotidiano da prática profissional.

Nas unidades de saúde, o processo de trabalho fundamenta-se nos princípios da Atenção Primária em Saúde (APS). Segundo Barbara Starfield (2002), as principais características da atenção primária são: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Para Starfield (2002), a unidade de saúde é a porta de entrada no sistema de saúde. Deve ser o primeiro lugar a ser buscado pelo usuário do serviço de saúde. A longitudinalidade se refere ao cuidado continuado ao longo do tempo. Já, a integralidade a um conceito ampliado de saúde, de enxergar o usuário dentro do seu contexto. E a coordenação do cuidado diz respeito à responsabilização da unidade pelo cuidado do paciente, havendo um profissional de referência no cuidado que irá articular os demais serviços de saúde, caso o usuário necessite.

É neste processo de trabalho da unidade de saúde que o profissional assistente social se insere. O assistente social terá que articular o projeto ético-político da profissão com as características da APS e os princípios da reforma sanitária.

O assistente social trabalha com as expressões da questão social. Segundo lamamoto (1997) este é o seu objeto de trabalho:

os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social ,etc. A questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados neste terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir por que tecem a vida em sociedade.[...]...a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. (p.14)

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos assistentes sociais em relação às demandas atribuídas ao Serviço Social pelas equipes de trabalho no SSC-GHC, a fim de evidenciar a identidade do Serviço Social na APS. O estudo tem como base o trabalho realizado nas doze unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição(GHC), no ano de 2012.

Serviço Social na Saúde

Segundo Bravo (2009), o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios da reforma sanitária e ao projeto ético-político da profissão.

No entanto, ainda hoje o projeto da reforma sanitária, construído na década de 1980, inscrito na Constituição Federal (BRASIL, 1988), permanece em uma constante disputa com o projeto de saúde articulado ao mercado privado.

Segundo Bravo (2009), o atual governo trás traços de continuidade da política de saúde dos anos 1990, como: a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização de recursos humanos, e no desfinanciamento. Segundo a mesma autora, a ênfase das ações está em programas “focais” e nisso deixa-se de dar ênfase as grandes questões do SUS, como: a universalização das ações, financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos. Assim, o governo, apesar de explicitar como desafio a incorporação da reforma sanitária, mantém, nas suas ações, certa polarização entre os dois projetos de saúde, ora reforçando um, ora flexibilizando incentivos ao outro.

Para Bravo (2009),

O SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos

subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (p.106)

Todavia é neste contexto de disputa de projetos de saúde, de perda de direitos, que se inscreve na divisão sócio técnica do trabalho, o fazer profissional do assistente social, no campo da saúde.

E, como dito anteriormente, na área da saúde, é possível identificar dois projetos políticos em disputa, requisitando diferentes demandas aos assistentes sociais (BRAVO, 1999): o projeto da reforma sanitária, com demandas de busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. E o projeto privatista, que demanda seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Segundo Camargo (2011), há dentro da categoria diferentes olhares e entendimentos sobre as atribuições e competências do assistente social na atenção primária:

As atribuições e as competências do assistente social na atenção básica em saúde coletiva configuram-se num cenário de disputas profissionais tanto no âmbito da profissão, quanto do cenário que a própria política de saúde se encerra, em sua relação com o projeto societário capitalista hegemônico. Pensar a superação das contradições existentes nos espaços sócio-ocupacionais da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) implica em politizar o trabalho em saúde. Urge, portanto, atuar em defesa da saúde como direito social; do Sistema Único de Saúde como política pública, de responsabilidade do Estado; e retomar a luta coletiva em prol do modelo de atenção fundamentado na reforma sanitária. (p. 8).

Muito já avançamos enquanto categoria profissional, mas muitos avanços ainda estão por serem estabelecidos. Avançamos na discussão da questão social e no contexto de reprodução da sociedade capitalista e nas implicações da mesma nas políticas sociais, mas podemos avançar mais, principalmente nos

estudos em relação ao cotidiano de trabalho, no campo da saúde, que tem nos requisitado distintas competências para intervir nas manifestações da questão social.

Segundo Camargo (2011), apesar de existir uma predefinição jurídico-legal das atribuições privativas e competências do assistente social, percebe-se que a sua efetivação, no cotidiano das unidades de saúde, está imbricada por processos de contradição micro e macrosocietrias. Nesse contexto, fica como desafio para o assistente social, articular práticas no seu fazer profissional que sejam norteadas pelo novo conceito de saúde e pela proposta da reforma sanitária, estando na contra mão ao projeto privatista.

A partir do conceito ampliado de saúde, que surge com Constituição Federal (BRASIL, 1988), não é possível compreender ou definir necessidades de saúde sem levar em conta os fatores determinantes das condições de saúde que incluem condições biológicas (idade, sexo, características herdadas pela genética), o meio físico (condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade do alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, como condições de renda e lazer.

Cecílio (2004) diz que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando em quatro grandes conjuntos:

o primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo diz respeito ao acesso às grandes tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar que neste caso, o valor do uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, e em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido neste contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e educação. (p.28).

Essa nova concepção prevê a incorporação de ações de proteção e recuperação da saúde, capazes de suprir as necessidades de saúde da população, compreendendo que:

a promoção de saúde se faz por meio de educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de ambientes saudáveis. Está estreitamente vinculada, portanto, à eficácia da sociedade em garantir a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e ao desenvolvimento da capacidade de analisar criticamente a realidade e promover a transformação positiva dos fatores determinantes da condição de saúde. (MATTOS, 2004, p.221).

PERCURSO METODOLÓGICO

Nossa pesquisa foi de natureza **qualitativa**, e buscou aprofundar a análise a partir da orientação epistemológica do método dialético-crítico. Foram realizados dois grupos focais e para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2004).

A **amostra** da pesquisa foi não probabilística e intencional, composta pelos assistentes sociais que trabalham no SSC/GHC, convidados para a realização do Grupo Focal.

Os Grupos Focais tiveram um número mínimo de sete e máximo de 10 sujeitos pesquisados, que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, reunidos no espaço de discussões teóricas específicas do Serviço Social.

Para Minayo (2004),

o grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (p. 129).

Convém esclarecer que não foi objetivo do estudo a generalização dos achados para as demais experiências de atuação do Serviço Social em equipes de Atenção Primária em Saúde, pois se constitui como uma aproximação, devendo ser contextualizado, conforme cada realidade diversificada em tempos distintos. Contudo, essa aproximação poderá contribuir para reflexão e para construção de novos estudos sobre experiências semelhantes.

A seguir apresentamos os dados obtidos com a pesquisa, bem como as

análises e reflexões realizadas.

Demandas atribuídas ao serviço social pelas equipes

Segundo Martinelli (2010), a origem do serviço social como profissão tem a marca profunda no capitalismo e do conjunto de variáveis subjacentes - alienação, contradição e antagonismo. É uma profissão que nasce articulada com um projeto hegemônico do poder burguês como uma importante estratégia de controle social* como uma ilusão de servir, para juntamente com muitas outras ilusões do capitalismo, garantir-lhe efetividade e a permanência histórica. A profissão já surge no cenário histórico com uma identidade atribuída pelo capitalismo. Essa identidade era construída de avessos - coerção, intimidação, repressão - era na verdade, uma forma mistificada de controle social. Nesse sentido era uma prática frágil, esvaziada de tempo, de história.

Com o movimento de reconceitualização nos anos 60, surge um novo fazer profissional, que buscou romper com a herança profissional. Teve como um dos objetivos romper com a alienação e superar as suas próprias práticas de origens burguesas. Segundo Martinelli (2010):

O serviço social dará o passo inicial para assumir o coletivo do sentido histórico da profissão e para um novo momento de prática profissional, produzida por uma categoria crítica, politicamente assumida e capaz de luta por sua identidade, não como ansiedade grupal ou obsessão pelo idêntico, mas como luta social pela transformação da sociedade. É preciso romper a estagnação e realizar a travessia, pois “é no meio da travessia que o real se dispõe para a gente”.

Segundo a mesma autora, o serviço social se revela cada vez mais claramente como uma instituição componente da organização da sociedade. Nesse sentido, perguntar por sua identidade significa perguntar por sua participação na trama das relações sociais, por sua legitimação por prática social de caráter popular, por seu vínculo com a formulação e execução de políticas sociais autênticas; enfim significa perguntar -se:

Por seu papel no processo de produção e de novas relações sociais e de transformações da sociedade, tendo presente que cada momento tem em si a forma inaugural, o impulso criador do novo! (Martinelli 2010,p159)

Segue abaixo, um quadro sistematizado com as principais identificações dos assistentes sociais em relação às demandas atribuídas ao serviço social dentro das equipes de APS.

Identificação	Frequência de citações
Questões burocráticas e administrativas	4
Praticas Policialescas	1
Encaminhamento para o serviço social quando não se sabe o que fazer.	6
Demandas pontuais de recursos assistenciais	2
Quando a pessoa chora no acolhimento	1

Fonte: Sistematização feita pela pesquisadora.

Segue abaixo, uma fala de uma assistente social que indica a idéia de uma prática profissional punitiva e coercitiva.

O desconhecimento do que é uma politica social e pré-conceitos que são trazidos por cada integrante da equipe. É complicado.... o Assistente social é chamado como aquele que vai punir. O que reforça a fala do outro colega. (assistente social z)

A partir das falas das assistentes pesquisadas, foi possível evidenciar uma dicotômica entre a demanda atribuída e fazer profissional cotidiano. Ao mesmo tempo em que há uma queixa sobre a demanda atribuída, não foi possível identificar nas falas uma ruptura em relação às queixas, com as práticas profissionais instauradas dentro das equipes de atenção primária, do universo pesquisado.

Desse modo, segundo Vasconcelos (2009):

a prática dos assistentes sociais reduz-se a uma prática burocrática, não

assistencial (visto que prioriza respostas a demandas por informações e orientações pontuais e não por recursos materiais. Uma prática profissional burocrática que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta, acolhimento, encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, cadastros - que viabilizam acesso e benefícios ou inscrição em programas da instituição. Uma prática que se atende a alguns dos interesses dos usuários, relacionadas a busca de apoio, respeito, consideração, auto-estima, como um fim em si mesmo, contribuiu para impedir e /ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuário e profissional envolvidos neste processo, para impedir e/ou dificultar o controle social, para impedir e ou dificultar a organização para a luta política, para impedir e /ou dificultar a democratização das informações;

Nesse sentido, segundo Vasconcelos (2009), as demandas que extrapolam o controle burocrático dos serviços institucionais, ou seja, as demandas por educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social, ficam negligenciadas. Demandas que, contidas nas solicitações dos usuários precisam de teoria para ser identificadas. Demandas implícitas, que não reconhecidas, conseqüentemente não são consideradas pelos assistentes sociais, como demandas para o serviço social. Sem condições de se abstrair do que está aparente, os assistentes sociais não têm condições de captar o que está oculto na "queixa" e/ou "problema" expresso e/ou manifesto pelos usuários.

Fica evidenciado, o quanto ainda é difícil, dentro da categoria dos assistentes sociais, poder desvelar a demanda e reconstruí-la junto com usuário, a partir dos parâmetros de atuação profissional construídos pós reconceituação.

Segundo Vasconcelos (2009) é pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de serviço social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços ou não. Nesse sentido, se ainda carregamos os ranços de uma prática profissional conservadora, e por que de fato ainda não conseguimos no conjunto da categoria dar visibilidade ao trabalho profissional que esteja em consonância com o projeto ético político da profissão.

Competências Profissionais Reconhecidas pelas equipes de APS

Segundo Iamamoto (2010, p171) pensar o projeto profissional supõe articular essa dupla dimensão: a) de um lado as condições macro-societárias que tecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades que vão além da vontade do sujeito individual; b) e, de outro lado as respostas de caráter ético-político e técnico- operativo-apoiadas em fundamentos teóricos e metodológicos-de parte dos agentes profissionais deste contexto.

Nesse sentido, o exercício profissional exige que o assistente social tenha competência para propor, negociar com a instituição na qual esta inserido os seus projetos, bem como para defender o seu campo de trabalho, sua qualificações e atribuições profissionais.

Assim, os assistentes sociais, que participaram do estudo, inseridos no contexto da APS, são convocados pelos desafios do cotidiano da prática para interagir com os demais trabalhadores e usuários, buscando a competência do exercício profissional.

Segue abaixo a sistematização das respostas das assistentes sociais participantes da pesquisa, referente ao reconhecimento das competências do assistente social nas equipes de atenção primária.

Identificação das competências profissionais pelos assistentes sociais dentro das equipes de APS
Trabalho com grupos
Trabalho com a rede intersetorial
Formação para um conceito ampliado de Saúde
Trabalhos com famílias/Abordagem Familiar
Gestão de Casos Complexos
Trabalho com o Controle Social
Busca da garantia dos direitos
Trabalho com as áreas mais vulneráveis do território
Trabalho interdisciplinar
Orientações previdenciárias
Encaminhamento para Conselho Tutelar
Relatório para Ministério Público
Encaminhamento para recursos sociais

Fonte: sistematização feita pela pesquisadora

As competências apontadas pelas assistentes sociais representam, em sua maioria, atribuições definidas nos aparatos legais e funções historicamente realizadas pela profissão. Com exceção da gestão de casos¹ complexos que tem aparecido dentro das equipes de atenção primária do GHC como uma competência do assistente social, no sentido de saber gerenciar o acompanhamento de saúde do usuário e articular as redes intersetoriais.

Fundamentos da Identidade Profissional e Projeto Ético-Político

Segundo Iamamoto (2010) é frequente a afirmativa de que o serviço social se torna profissão quando impõe uma base técnico-científica às atividades de ajuda, filantropia. Ou seja, em outros termos quando há uma tecnificação da filantropia. Esse é o discurso dos pioneiros e de grande parte da literatura especializada em serviço social, abrangendo inclusive, autores do movimento de reconceituação. Essa é uma visão de dentro e por dentro das fronteiras do serviço social, como se ela fosse fruto de uma evolução interna e autônoma dos sujeitos que a ela se dedicam. No entanto a profissionalização do serviço social pressupõe a expansão da produção e de relações sociais capitalistas, impulsionadoras da industrialização e urbanização, que trazem no seu verso a “questão social”.

O estado, ao centralizar a política sócio-assistencial efetiva a partir da prestação de serviços sociais, cria as bases sociais que sustentam um mercado de trabalho para o assistente social.

1 A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

Como potencializador dessa importante reflexão em relação ao trabalho desenvolvido, os assistentes sociais identificaram a educação permanente, que é uma das estratégias realizadas dentro das unidades de saúde, a fim de dar visibilidade ao papel do assistente social na atenção primária em saúde. Segundo os participantes a educação permanente tem sido um referencial pedagógico para desconstruir a demanda atribuída e construir identidade profissional dentro da equipe, da qual fazem parte.

Segue abaixo algumas falas que ilustram as experiências nas unidades de saúde, em que a educação permanente tem sido uma estratégia:

Na nossa equipe, na próxima semana faremos uma educação permanente sobre o serviço social na atenção primária. Trabalhando o que já tem constituindo na profissão, historicamente. Bem como as legislações específicas. (assistente social YY)

É necessário fazer isso sistematicamente trazendo o objeto do serviço social para a equipe, pois as equipes mudam muito. (assistente social XX)

Nesta questão ainda foi identificada como um entrave para a construção da identidade profissional do assistente social dentro das equipes, as relações de poder no campo da saúde. Conforme ilustra o relato a seguir:

Também há uma resistência em entender o trabalho do outro, pois há também uma questão de poder, de dizer o que o outro tem que fazer... Quando eu atribuo, estou passando aquilo para outra pessoa...(assistente social XX)

Além disso, os dados analisados indicam uma dificuldade inicial em evidenciar como se materializa na prática o projeto hegemônico da profissão. Por outro lado, o atendimento prestado pelos assistentes sociais, permite aos usuários se sentirem respeitados e apoiados. No entanto, a longo prazo, estas ações, como um fim em si mesmo, contribui para que estes mesmos usuários sejam impedidos de enxergar a unidade de saúde como um espaço de mobilização, organização e acesso a informações necessárias a fim de preservar e ampliar o acesso a seus direitos.

Exemplos em relação a	Nº de citações pelo
-----------------------	---------------------

materialização do projeto ético político citados:	grupo:
Projeto Terapêutico Singular	2
Importância de trazer para a equipe análises livres de preconceito.	1
Discussão de caso.	1
Intersectorialidade.	2

Fonte: sistematização feita pela a autora.

Segundo Netto (2009) é muito recente, datado da segunda metade dos anos 90, século XX, o debate sobre o que vem sendo denominado de projeto ético-político do Serviço Social. No entanto, o objeto do debate e a própria construção deste projeto profissional, tem uma história que não é recente, iniciada no final da década de 70, vinculada principalmente pelo enfrentamento ao conservadorismo profissional. É no processo de recusa e crítica ao conservadorismo da profissão, que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando projeto ético-político.

No entanto, o projeto ético-político (PEP) é uma construção recente da profissão, que passou pelo movimento de reconceituação na década de 1980, buscando a superação de práticas conservadoras da profissão. É possível verificar, por exemplo, em texto publicado na década de 1970, algumas características dessas práticas, que tinham como objetivo:

Identificar desajustes familiares, disfunções econômicas e sociais e culturais que possam interferir no estado de saúde da população; diagnosticar e tratar problemas sociais que impedem indivíduos e grupos de atingirem um nível satisfatório de saúde (HERRERA, 1976, p.210)

Com o movimento de reconceituação e a construção do projeto ético-político, há um novo projeto de profissão. Segundo Netto (2009) o assistente social tem o compromisso com reconhecimento da liberdade como valor central, a

democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida, o aperfeiçoamento intelectual, e a qualidade dos serviços prestados à população e incentivar a participação dos usuários nas decisões institucionais. Netto refere que os projetos profissionais,

Apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem valores que a 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 usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (2009,p.144).

No entanto, segundo Netto,

A experiência socioprofissional comprovou que, para que um projeto profissional se afirma na sociedade, ganhe solidez e respeito frente a outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão, é necessário que ele tenha sua base um corpo profissional fortemente organizado. (2009, p. 144).

Assim, o presente estudo demonstrou, que há uma desconexão entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, que tomam como referência o projeto ético político, e as possibilidades na realidade, ou seja, o objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade.

Considerações Finais

Ao retomar o caminho percorrido no desenvolvimento deste artigo, pode-se afirmar que embora exista um aparato legal sobre a atuação do assistente social na saúde, e atribuições privativas a este profissional, percebem-se, no cotidiano da prática profissional, as arenas de disputa sobre o fazer profissional.

Partindo desse pressuposto, a construção desse estudo tem início, como já exposto, nas inquietações provocadas no cotidiano de trabalho como assistente

social residente, de onde emerge, constantemente, diferentes questionamentos na busca da reflexão crítica sobre inserção profissional. A partir desses questionamentos buscou-se analisar a percepção dos assistentes sociais em relação às demandas atribuídas ao Serviço Social pelas equipes de trabalho no SSC-GHC, a fim de evidenciar a identidade do Serviço Social na APS.

Em relação às demandas atribuídas aos profissionais, foi possível verificar que a profissão ainda é visualizada, em alguns espaços sócio-ocupacionais, como uma prática policial e coercitiva. Assim, há necessidade de estar sempre se reafirmando em quanto profissional, dentro das equipes e a educação permanente como é reconhecida pelos Assistentes Sociais como um recurso pedagógico, a fim de romper com esta visão mais assistencialista que a profissão carrega historicamente. Foi possível também identificar o reconhecimento das competências/atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais dentro das equipes, no entanto pouco se evidenciou a clareza das assistentes sociais em relação a vinculação de sua prática profissional ao projeto ético-político da profissão.

Ao finalizar esse estudo, cabe deixar registrado, a significativa importância na minha trajetória profissional ter me debruçando no período da residência a estudar, pensar, refletir e pesquisar o trabalho do assistente social na atenção primária em saúde, além de estar, escutando as valiosas contribuições dos colegas Assistentes Sociais e conhecendo seus desafios cotidianos no enfrentamento das expressões da questão social.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa / Portugal: Edições 70, 2004. P. 89-144.

BRAVO. Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. in: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO. Maria Inês Souza. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. In Superando desafios- Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto,v.4. Rio de Janeiro: UERJ, HUPE,Serviço Social 1999.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

CAMARGO. Marisa. Atribuições privativas e competências do assistente social na atenção básica. Revista Debate & Sociedade. Uberlândia. V.1./ Nº 1.2011

CECÍLIO,L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade da atenção à saúde. LAPPIS-Labotatório de Pesquisa sobre práticas de integralidade em saúde. Rio de Janeiro:ENSP,2004. Disponível em < www.lappis.org.br> Acesso em: 23 de dezembro de 2011.

HERRERA. Nereide Amadeo. Serviço Social: objetivos, funções e atividades em uma unidade sanitária. Rev. Saúde públ.,S.Paulo. 10:209-16,1976.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço social na Contemporaneidade :trabalho e formação profissional. Editora Cortez.1997

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Serviço social em tempo de capital de feitiço: capital financeiro, trabalho e questão social.Editora Cortez,2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social: identidade e Alienação. 15 ed.Editora Cortez, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.9, n.4, 2004.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

STARFIELD, B. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde.in: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.