

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONOMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MÁRCIA FORTUNATO MATRIE SANCHEZ

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 06/12/04

FLORIANÓPOLIS

2004

MÁRCIA FORTUNATO MATRIE SANCHEZ

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como requisito parcial
para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social,
Departamento de Serviço Social,
Centro sócio-econômico,
Universidade Federal de Santa
Catarina.

ORIENTADORA: Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

FLORIANÓPOLIS

2004

MÁRCIA FORTUNATO MATRIE SANCHEZ

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, ao Departamento de Serviço Social,
Do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.**

BANCA EXAMINADORA



Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira

Orientadora



Professora Viviane Bergler Fernandes

1ª examinador



Professora Teresa Cristina Gaio

2ª examinadora

Florianópolis, 2004.

*Dedico este trabalho a minha família pelo apoio,
compreensão e incentivo, os quais foram
fundamentais para a concretização do mesmo.*

AGRADECIMENTOS

A DEUS por ter iluminado meu caminho e ter dado forças para eu segui-lo;

Aos meus pais Alvim e Sinhorinha, além do orgulho que sentem por mim, me apoiaram a estudar, ingressar e concluir uma faculdade, e a continuar a caminhada;

Ao meu marido Darty, pelo seu amor e dedicação;

A meu sobrinho e afilhado Gabriel, que com a simplicidade de uma criança mostrava-se ansioso antes de realizar um trabalho ou prova, e depois vinha com ânimo contar-me que a prova havia sido fácil, e me incentivava a acreditar que eu assim como ele poderia conseguir .

Aos meus irmãos Marcio e Maria e meu cunhado Nazário, que me incentivaram a concluir esta etapa;

A Secretaria Municipal de Saúde de São José pela oportunidade da experiência como profissional de um Centro de Saúde e após a oportunidade de transferência para a Secretaria onde pude realizar o estágio obrigatório;

A Andréia de Oliveira, Rosa Pereira Berto e Simone Aparecida Passos, assistentes sociais, pela paciência, confiança e dedicação dispensados durante e após o período de estágio, cujo apoio foi fundamental para elaboração deste;

Aos profissionais do Centro de Saúde de Forquilha, que foram a minha segunda família, e com quem pude aprender muito.

As minhas colegas de sala, especialmente as minhas amigas Lisiane, Maria Izabel, e Tatiane, pelos vários momentos em que precisávamos umas das outras.

A prof^a. Vera a quem admiro pelo seu profissionalismo, conhecimento e dedicação ao trabalho que realiza nas questões de saúde, pelo tempo gasto comigo e pela paciência, em dividir um pouco de seu conhecimento para a realização deste projeto.

A todos os professores (as), do Departamento de Serviço Social.

A todos os amigos e parentes, que, de uma forma especial me acompanharam nesta caminhada.

A todos vocês meu muito obrigado, pela colaboração nesta conquista de me tornar um profissional de serviço social.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo principal um estudo sobre as competências profissionais do assistente social na atenção básica a saúde, tendo como referência a base teórica metodológica acadêmica, bem como a experiência prática profissional exercida em um Centro de Saúde e o estágio curricular. Faz-se um resgate histórico conceitual da concepção de causa na saúde, logo após a determinação social do processo saúde-doença e o Pacto Alma-ata. Aborda-se conceitualmente a questão social e seus reflexos na área da saúde. Em seqüência, a VIII Conferência Nacional de Saúde como precursora do Projeto de Reforma Sanitária. Nesta perspectiva, resgata-se as propostas elencadas pelo Banco Mundial Interamericano, quanto a desconstrução dos direitos constitucionais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Por fim, conceitua-se a atenção básica a saúde e faz-se um histórico do serviço social na área da saúde.

Palavras-chave: atenção básica a saúde, Sistema Único de Saúde, serviço social, Estratégia de Saúde da Família, competências profissionais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS** – Atenção Primária a Saúde.
- BID** – Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BMI** – Banco Mundial Internacional
- CEPAL** – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
- CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social
- CRESS** – Conselho Regional de Serviço Social
- ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- LBA** - Legião Brasileira de Assistência
- LOS** – lei Orgânica da Saúde
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNUB** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF** – Programa Saúde da Família
- RN** – Rio Grande do Norte
- SENAI** - Serviço Nacional do Comércio
- SESI** – Serviço Social da Indústria
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

A vida é a arte do encontro, embora haja tanto desencontro pela vida. É preciso encontrar as coisas certas da vida para que ela tenha o sentido que deseja. Assim, a escolha de uma profissão também é a arte de um encontro. Porque a vida só adquire vida quando a gente empresta nossa vida. Para o resto da vida.

Vinicius de Moraes

SUMÁRIO

RESUMO	06
LISTA DE SIGLAS	08
INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I.....	15
×1.1 Resgate Histórico da Concepção de Causa na saúde.....	15
×1.2 Visão Ampliada da Saúde no Âmbito Social	21
1.3 Conferencia Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.....	25
^1.4 A Questão Social e a Saúde.....	27
CAPITULO II.....	31
×2.1 Reforma Sanitária: Resgate Histórico	31
×2.2 O Direito a Saúde na Constituição Federal de 1988.....	34
2.3 Propostas de ações, a partir das diretrizes do Banco Mundial	37
2.4 Atenção Básica a Saúde: Conceitos e Ações.....	41
2.4.1 A Estratégia de Saúde da Família.....	45
2.4.2 Os Agentes Comunitários de Saúde.....	47
CAPITULO III.....	51
3.1 O Serviço Social na área da saúde.....	51
3.2 As ações do Assistente Social na Atenção Básica	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERENCIAS.....	64

INTRODUÇÃO

Somente a partir da Constituição Federal de 1988 é que se apresentam avanços no campo das políticas sociais e em especial na área da saúde. A saúde passa a integrar o tripé da Seguridade social ¹, juntamente com a previdência e a assistência social. A Constituição estabelece um Sistema Único de Saúde (SUS) onde a saúde passa a ser dever do Estado e direito de todo cidadão brasileiro. Com a implantação do SUS amplia-se o acesso de todos os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando questões fundamentais como a integralidade da atenção à saúde e a participação social.

A concepção de saúde, passa a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, trabalho, educação, moradia, renda, lazer, entre outros. Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença.

O sistema de saúde deveria então, articular suas ações com as demais políticas sociais, ou seja, “relocaria a saúde como problemática coletiva e parte integrante do conjunto das condições de vida” (COSTA, 2000, p.42).

Dessa forma, se reconhece que não há como pensar o processo saúde/doença sem vinculá-lo a realidade social. Reportando-se a Laurell (1983, P.137) a “natureza social da

¹ Conforme art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos de saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2001, p.117)

doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”.

Deve-se entender também a importância de trabalhar com os mais diversos segmentos e políticas sociais existentes, evidenciando a partir desta prática o enfrentamento das demandas trazidas pelos usuários, que trazem consigo toda dimensão social de sua vivência. Desta forma se concretizará uma prática transformadora e ligada aos princípios que regem a política de saúde, onde se possibilitará identificar a amplitude adquirida pelo social nos espaços de saúde.

Desde 1978, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-ata, já se falava em Atenção Básica, tinha-se como meta garantir a saúde para todos até o ano 2000. A referida Conferência expressou, em seu documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, a necessidade urgente de promoção da saúde para todos os povos do mundo, trazendo discussões que se projetaram sobre a política de saúde brasileira. Os fundamentos de sua defesa eram a saúde como direito de todos, responsabilidade do Estado na condução de suas políticas.

Neste contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é implantado no Brasil em 1991, e em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) que “viria atrelado como um programa no âmbito da atenção primária com objetivos de desenvolver ações focalizadas para grupos humanos considerados de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos” (WIESE, 2003, p.90).

Vale ressaltar que para o Ministério da Saúde (1998), a Atenção Básica a Saúde é um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível da atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos,

tratamento e reabilitação, um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (Brasil, 1998, p.11).

Na busca pela consolidação do SUS e conseqüentemente pelo direito a saúde implica-se uma visão da totalidade do sistema, onde o assistente social tem competência para intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, tem a capacidade de captar o que há de social, relacionando com a questão de saúde. Neste sentido, o assistente social é um profissional que se insere na equipe de saúde como “profissional que articula o recorte do social, nas formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde” (CFESS, 1990).

O profissional de serviço social trabalha com as questões sociais nas suas mais variadas expressões quotidianas, seja no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, entre outros. Reafirma-se, com o pressuposto da ABESS/CEDESPSS (1996, p.154), o assistente social “convive cotidianamente com as mais amplas expressões da questão social, matéria prima de seu trabalho. Confronta-se com as manifestações dos processos da questão social no nível dos indivíduos sociais, seja em sua vida individual ou coletiva”.

Concordando, com Nogueira (2003, p.03), o assistente social tem “competência teórica e técnica para intervir junto aos fenômenos sócios - culturais e econômicos, fenômenos estes, que reduzem a eficácia dos programas, quer seja em nível de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

Assim, este trabalho de conclusão de curso pretende favorecer o entendimento de que o assistente social é um profissional que além de outros espaços ocupacionais, também integra a área da saúde, tem como objetivo identificar as ações realizadas pelo Serviço Social

na estratégia de saúde da família, evidenciando sua importância na área da saúde pública mais especificamente na atenção básica, contribuindo para garantir o direito a saúde.

A reflexão sobre essa temática ocorreu diante da experiência vivenciada durante o processo de formação acadêmica - onde paralelamente exercia a profissão de técnica de enfermagem no Centro de Saúde Forquilha em São José - e principalmente a partir da experiência obtida durante o estágio curricular na Secretaria Municipal de Saúde de São José.

A discussão que se apresenta está relacionada à falta de compreensão dos demais profissionais² da área da saúde em conceber o assistente social como um profissional que, além de outros espaços ocupacionais, também atua na área da saúde.

Desta forma o estudo apresenta-se em três partes:

No primeiro capítulo faz-se um resgate histórico conceitual da causa na concepção de saúde, inicia-se, na antiguidade, com os povos egípcios, hebreus, chineses, entre outros, passando, pela idade média, renascimento, década de 1940, até a atualidade. Em seguida apresenta-se uma argumentação teórica acerca da determinação social do processo saúde doença e a influência das expressões da questão social no referido processo. Finalizando, o capítulo evidencia-se a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde que definiu e reconheceu internacionalmente a Atenção Básica, além de estabelecer como meta a garantia da saúde para todos até o ano 2000.

No segundo capítulo resgata-se historicamente o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, bem como, sua participação fundamental na reorganização do sistema de Saúde Brasileiro (atual Sistema Único de Saúde), assegurado após a promulgação da

² Os profissionais referenciam-se ao profissional de serviço social como se este apenas realizasse ações na área da assistência e pertencessem apenas as Secretarias de Desenvolvimento Social, solicitando-o apenas para intervir quando o usuário não tem condições financeiras de manter ou continuar um tratamento.

Constituição Federal de 1988, a qual reconhece a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Aborda-se também a influência Banco Mundial Internacional, que se faz presente propondo a reformulação dos valores e princípios que orientam a política de saúde, além de dispor sobre a organização do SUS e da responsabilidade do estado. Ainda neste segundo capítulo, busca-se resgatar teoricamente a Atenção Básica a Saúde, além de identificar suas ações e a contribuição das equipes de saúde da família.

No terceiro capítulo enfatiza-se o serviço social na área da saúde, suas ações na atenção básica, bem como no processo democrático em construção.

Finalizando, conclui-se o estudo com as reflexões e considerações finais sobre esta temática, propondo algumas contribuições e sugestões sobre o tema.

CAPITULO I

1.1 Resgate histórico conceitual da causa na concepção de saúde

Pensar saúde é entendê-la em sua dimensão política, econômica, social e ideológica, que se modifica ao longo da história.

Barata (1985, p.13) destaca o conceito do processo de determinação da doença, como sendo:

A causalidade determinada, de um lado, pelas condições concretas de existência, e de outro, pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico, a questão da causa é revestida de historicidade.

Nos povos mais antigos a doença era uma fatalidade, fenômenos sobrenaturais mágicos e religiosos, causados por deuses ou ira dos demônios, que o homem pouco ou nada poderia fazer.

Entre os povos da antiguidade as interpretações sobre a questão da causa podem ser separadas em duas vertentes. Uma presente nas concepções dos assírios, egípcios, caldeus, hebreus e outros povos, que percebe o corpo humano como receptor de causas externas que, após penetrá-lo, irá produzir a doença. As causas podem ser espíritos sobrenaturais ou elementos naturais, sem que o organismo participe deste processo. A outra vertente é representada pela medicina hindu e chinesa. A doença é entendida como um resultado do desequilíbrio entre os elementos que compõem o organismo. A razão da ausência do equilíbrio era buscada no clima, no ambiente físico, na influência dos astros, insetos e outros animais associados a doenças.

Na Grécia acreditava-se que a doença era uma consequência da ação de fatores externos que provocavam no organismo uma desarmonia entre os elementos que compõem o corpo humano: terra, ar, água e fogo.

... a maneira pela qual elas (as doenças se formam pode ser clara a qualquer um . O corpo é composto da mistura de quatro elementos; terra, fogo, água e ar. A abundancia ou falta desses elementos, fora do natural; a mudança de lugar, fazendo com que eles saiam de sua posição natural para outra que não lhes seja bem adaptada: ou o fato que um deles é forçado a receber uma quantidade que não é própria para ele, mas conveniente para outra espécie: todos esses fatores e outros similares são as causas que produzem distúrbios e moléstias (Platão apud BARATA, 1985, p.15).

Hipócrates, por meio da prática clínica e de cuidadosas observações da natureza ³, enriqueceu as concepções gregas de saúde, pautando-se principalmente na noção de higiene, podendo ser a higiene dos ares, das águas e dos lugares.

Durante a *Idade Média*, praticamente não ocorrem avanços no estudo da causalidade. Com o advento do Cristianismo há um redirecionamento nas formas de pensar as concepções de saúde ou as causas das moléstias. A mais difundida é a consideração do pecado como responsável pelos males físicos , como castigo justos e vindos de Deus, passam a ser vistas na perspectiva da fatalidade, a “doença maldição” ou a “doença punição”. A terapêutica se baseava em milagres obtidos através de súplicas e do arrependimento dos pecados. Apesar destas concepções do Cristianismo, os povos do Oriente Médio, já desenvolviam observações e práticas empíricas.

³ Ele estabeleceu a correspondência entre os humores, seus elementos, qualidades e órgãos-sede. Como na medicina chinesa (BARATA, 1985, p.15).

No final deste período com o “elevado aumento no número de epidemias ⁴ que arrasam a Europa, retoma-se a questão da causalidade das doenças, a preocupação girava em torno das questões relativas as doenças infecciosas”. Era “concebível” que o homem doente fosse capaz de provocar a doença nos demais. Quanto as causas, as explicações eram a conjugação de certos planetas, o envenenamento dos poços pelos leprosos e judeus ou por bruxarias. (BARATA, 1985, p.17).

No *renascimento*, “a medicina volta a ser exercida basicamente por leigos, e são retomados os experimentos e as observações anatômicas que resultarão na formação das ciências básicas”.(BARATA, 1985, p.17).

O universo não era considerado como obra sobrenatural. Inicia-se à ciência experimental, cuja finalidade era obter explicações para os fenômenos da natureza, sendo estas explicações comprovadas na prática, empiricamente. Surge à Teoria Miasmática, sendo então suprema até metade do século XIX, quando aparece a bacteriologia. Esta teoria preconizava que as “condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local, que vinham a causar as doenças infecciosas e os surtos epidêmicos” (GUTIERREZ E OBERDIEK, 2002, p.14)

Retomando Barata (1985), os estudos médicos voltavam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e as alterações anatômicas sofridas durante a doença. O estudo da causa sede lugar então a prática clínica. “As pesquisas científicas pretendiam localizar as causas das doenças no organismo e voltavam-se para revelar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos”. (p. 18).

⁴ Doença que ataca ao mesmo tempo muitas pessoas (Dicionário da Língua Portuguesa, 1997).

Com as descobertas científicas de: Bacon (1561-1642), René Descartes (1596-1650), Isaac Newton (1642-1727), Robert Koch (1842-1910), Louis Pasteur (1822-1895), apesar de suas importâncias para a época, reduziram a medicina em aspectos mecanicistas, com o corpo assumindo papel de máquina, causa, efeito e cálculos matemáticos para explicar a totalidade e complexidade que representa o corpo humano e a saúde. Este período caracteriza-se pela racionalidade científica. Luz (1988) ressalta que na racionalidade científica só há espaço para a linguagem da razão e do método científico.

Após a Revolução Francesa, a concepção de causação social aparece, com força crescente, nas relações entre as condições de vida, trabalho e o aparecimento de doenças. No final do séc. XVIII elabora-se uma teoria social da medicina, as causas de doenças, deixam de ser exclusivamente natural, para cobrir-se de social, ou seja, é na condição de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deveriam ser buscadas.

Inserido nesta realidade Ros (2000), destaca citando Rosen (1979) que:

Em 1848, Virchow- considerado pai da medicina social – afirma que as doenças eram causadas pelas más condições de vida [...] propõe-se mudanças nas leis objetivando superar a exploração da força de trabalho e garantir melhores condições de sua reprodução.

Na metade do século XIX “as descobertas bacteriológicas ocorridas irão deslocar de vez as concepções sociais, restabelecendo com redobrada força o primado das causas externas figuradas por partículas que podem provocar o aparecimento de doenças” Justificava-se que a medicina não perderia mais tempo com os problemas sociais, pois contava com a descoberta das bactérias que responderiam com eficiência as questões da saúde e doença (GUTIERREZ E OBERDIEK, 2002, p.21).

Durante o séc. XX, a noção de multicausalidade das doenças seria dominante no campo da epidemiologia. Sendo o conceito de multicausalidade proposto por MacMahon, sob a denominação de Rede de Causalidade. Neste modelo admite-se a existência de relações de interação recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos na causa da doença. Sendo que, para atuar sobre as doenças, bastava identificar, na rede de causalidade um componente mais frágil e intervir, sem a necessidade de alterar todo o conjunto de fatores envolvidos.

Barata (1985), analisa os principais modelos que caracterizam a teoria multicausal, destacando primeiramente o modelo da balança, elaborado por Gordon, na década de 20, que entende a saúde, como um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos. A doença ocorre com o desequilíbrio de um ou mais destes fatores. São reconhecidos três tipos de fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente.

Verifica-se que este modelo representa uma simplificação exagerada do processo de causação, além de ser extremamente mecânico. Os fatores são tomados isoladamente, não considera a interação entre eles, reduzindo ao modelo unicausal, com a diferença de serem admitidas outras causas, não apenas a presença do agente etiológico.

Na década de 1940 o Movimento Medicina Integral, nos Estados Unidos define o homem como ser bio-psico-social, agregando ao conceito de multicausalidade os fatores psíquicos.

Segundo Barata (1985), neste movimento “novamente o social vai aparecer como atributo do homem e não como essência da própria existência humana”. O homem que tem um corpo biológico também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como ocupação, renda, instrução e outros. (p. 22)

O modelo ecológico apresenta para Barata (1985), Gutierrez e Oberdiek (2001) o conceito mais complexo de multicausalidade. Este modelo efetiva uma redução naturalista nas interpretações das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e com os outros homens, na produção de sua vida material. Há o entendimento de que a atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, sendo alterados por ele e também alterando o ambiente em que se encontram.

Embora haja contribuições das ciências sociais à epidemiologia, este modelo reduz o “social ou a biologizam, na medida em que o consideram como uma dimensão a mais do indivíduo, sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos” (GUTIERREZ E OBERDIEK 2001, p.23).

No final da década de 1960 intensificam-se as críticas ao modelo ecológico, entende-se a necessidade de uma reformulação da compreensão do processo saúde-doença, com a finalidade de que os conhecimentos epidemiológicos estejam de acordo com os interesses populares, concretizando novas práticas de intervenção.

Neste sentido, já na década de 1970, ressurgiu a discussão da medicina social, identifica-se como o modelo da epidemiologia social. Neste modelo defende-se que o processo saúde/doença é um processo social e biológico, com historicidade própria, “ultrapassa a visão de causalidade como uma relação de causa e efeito, percebe o fenômeno como uma estrutura” (REZENDE, 1989, p.90).

Surge o modelo de *determinação social da doença* na retomada das abordagens sociais da epidemiologia. O contexto social vivido era marcado por uma crise econômica e política. Foi a partir deste contexto, que surgiu uma nova conceituação do processo saúde-doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças.

1.2 A visão ampliada da saúde no âmbito social

As evidências empíricas, permitem demonstrar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença, existindo de um lado o processo social e de outro o processo biológico, sem que seja visível como um se transforma no outro, “na verdade enfrentamos uma “caixa negra”, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que acontece dentro dela”. Esse é talvez o maior problema para a “explicação causal social do processo saúde –doença. Este não está resolvido”. (LAURELL 1983, p.156).

Desde o final dos anos sessenta discute-se o caráter da doença, se é essencialmente biológica ou contraditoriamente social. Ocorre um questionamento no modelo “dominante da doença que conceitua como um fenômeno biológico individual”, sendo que a medicina clínica não proporciona uma solução aceitável para a melhoria das condições de saúde da coletividade (LAURELL,1983, p.135).

Com o ressurgimento da discussão acerca da medicina social na década de 70, defende-se que o processo saúde/doença é um processo social e biológico, com historicidade própria, que “ultrapassa a visão de causalidade como uma relação de causa e efeito, percebe o fenômeno como uma estrutura”. A partir do contexto vivido na época⁵, surge uma nova conceituação do processo saúde-doença e a formulação da concepção de determinação social das doenças (REZENDE, 1989, p.90).

Segundo Laurell (1983, p.137), a forma de comprovar o caráter histórico da doença é através do processo que ocorre na coletividade humana, ou seja, identifica-se a vinculação

⁵ Uma crise econômica e política (REZENDE, 1989, p.90).

entre o processo saúde/doença com a realidade social a “natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”.

Laurell (1983, p.136), elaborou um conceito para o processo saúde-doença da coletividade:

entendemos, o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico do desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

Duas questões são fundamentais para a compreensão do caráter social no processo saúde/doença: a primeira questão é o “conceito médico-clínico, que entende a doença como um processo biológico do indivíduo” não revelando de imediato o social; a segunda questão é o “ecológico que percebe a doença como resultado de desequilíbrio na interação entre o hospede e o ambiente”, ou seja, o caráter do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente⁶ a nível de coletividade do que individual, sendo este coletivo construído primeiramente em função de suas características sociais e só após as características biológicas. Para a autora isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si. O social e o biológico não se colocam como pontos distintos, ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual. (LAURELL, 1983, p.150).

Segundo Laurell (1983), Cassel foi quem mais situou a integração do social no complexo causal da doença dentro da corrente norte-americana da epidemiologia social.

⁶ que se guia pela experiência e não pelo estudo (LAURELL, 1983).

“Apesar da especificidade social ser o ponto de partida para o autor, este, não consegue desenvolver sua proposição fundamental, pela inexistência de uma formulação teórica acerca do social”. Mesmo tendo identificado problemas fundamentais que se deve levar em conta para a compreensão da articulação do processo saúde-doença no processo social, Cassel “termina por biologizar a sociedade, qualificando por seus efeitos biológicos e não por sua característica própria”. Com a dificuldade de Cassel percebe-se que o “rigor científico de muitos investigadores médicos não se estende ao campo social, sendo tratado como se seu estudo não existisse ferramentas além daquelas utilizadas pelo senso comum” (p.155 e 156).

Retomando Laurell (1983) o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não porque está socialmente determinado, “permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos”. A relação entre o processo-social e o processo saúde-doença aponta de um lado o fato de que o “social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença” e de outro, opõe-se a concepção de que o “social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social no próprio processo biológico”. Para a autora “esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modelo concreto de desenvolver a investigação e esse respeito”. (p.156)

Partindo do conceito de doença como de suas causas supõem-se que o social atue como qualquer outro fator biológico. Retornando Laurell (1983), esta destaca que o caráter social no processo saúde / doença não esgota sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social.

Luz (1988, p.36) destaca que “para haver saúde é necessário que se mude a sociedade”, pois são as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento das doenças. Reforçando a idéia de que saúde e doença possuem relação direta com o social, assim como uma resposta direta da sociedade em que esta inserida.

Nesta perspectiva a determinação da concepção de saúde ganha outra dimensão, deixa de ser vista abstratamente e passa a ser compreendida como resultante das “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRAVO, 1996, p. 77)

Neste sentido Silva, Vianna e Nogueira (1986, p.118) destacam:

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

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Isto implica em perceber como a saúde se apresenta em uma sociedade, que se caracteriza pelas contradições, dificuldade e em muitos aspectos e exclusão. Poder alcançar o bem-estar completo do ser humano requer que se considere a saúde também como possibilidade de enfrentamento destas contradições e dificuldades vivenciadas no cotidiano da sociedade capitalista.

Embora havendo uma proposta de política de saúde mencionados nos princípios acima leva a considerar que a saúde não é apenas ausência de doenças e sim vários fatores que configuram o processo saúde/doença , verifica-se também que a prática dos profissionais

tem mostrado o envolvimento da saúde com uso de medicamentos e exames, tem-se a dificuldade de *desvencilhar* do modelo biomédico

Nijhuis (1994, *apud* TARRIDE, 1998) enfatiza que, a saúde pública está sendo vista como uma área mais complexa, “onde condições como pobreza, falta de esperança no futuro, uma cultura popular hedonística⁷, não estando vinculado à idéia de saúde apenas a ausência de doença”, compreendendo em seus diversos determinantes, tornando-se essencial o saber e o fazer profissional (p.81).

1.3 Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde

A preocupação com a saúde no plano internacional e o reconhecimento da desigualdade entre os povos é abordada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-ata, Cazaquistão, onde a Atenção Básica foi definida e reconhecida internacionalmente. Esta Conferência teve o comprometimento de 134 países e 67 organismos internacionais, entre eles o Brasil, definindo como meta garantir a saúde para todos até o ano 2000. Um desafio ainda maior quando a Conferência, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo UNICEF, considerou saúde não apenas ausência de doença, mas como um completo estado de bem-estar físico, mental e social.

A referida Conferência expressou, no documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, a necessidade urgente de promoção da saúde para todos os povos do mundo,

⁷ Hedonismo, doutrina que considera que o prazer individual é o único bem possível, princípio e fim da vida moral. (DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA, 1997)

trazendo discussões que se projetaram sobre a política de saúde brasileira. Os fundamentos de sua defesa eram a saúde como direito de todos, responsabilidade do Estado na condução de suas políticas, compreender os espaços locais como locus importante de ação. A Conferência ainda recomendava:

Adoção aos cuidados básicos (ou primários de saúde), a utilização de recursos humanos de níveis elementar e médio e o incentivo ao desenvolvimento de tecnologias apropriadas à realidade local. Estabeleceu, também, metas de melhoria deste quadro através de um programa denominado Saúde Para todos no Ano 2000 – SPT-2000. O SPT-2000 falava da saúde como um direito de todos e salientava as responsabilidades do Estado. Propunha formas organizativas tais como a descentralização, a regionalização e a constituição de sistemas de referência e contra-referência; acentuava a importância dos cuidados primários de saúde e a necessidade da existência dos níveis secundário e terciário de atenção (WERNECK, 1998, p.250).

A Declaração final de Alma-Ata contém dez pontos a principais, resumidos a seguir:

- I. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e é um direito humano fundamental. A concepção do nível de saúde, o mais alto possível, é um objetivo social prioritário em todo o mundo, o que requer a ação de muitos setores.
- II. A desigualdade existente na saúde das pessoas é inaceitável e envolve de maneira comum todos os países.
- III. O desenvolvimento econômico e social é essencial para poder se alcançar a saúde para todos, e a saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável e a paz no mundo.
- IV. As pessoas têm o direito e o dever de participar no planejamento e na implementação de sua atenção sanitária.
- V. Um objetivo principal de todos os governos e da comunidade internacional deve ser a promoção, para todos os habitantes do mundo, no ano 2000, de um nível de saúde que lhes permita levar uma vida produtiva, social e economicamente. A atenção primária à saúde (APS) é a chave para se alcançar esse objetivo.
- VI. A APS baseia-se na prática, em provas científicas e na metodologia e tecnologia socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente por meio da participação social, e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. É o foco principal do sistema sanitário e seu primeiro nível de contato, aproximando ao máximo a atenção sanitária do lugar onde as pessoas vivem e trabalham.

- VII. A APS reflete as condições do país e de suas comunidades, e dirige-se aos principais problemas sanitários da comunidade. Deve levar a uma melhora progressiva da atenção sanitária para todos, dando prioridade aos mais necessitados.
- VIII. Os governos devem formular políticas e planos de ação para estabelecer a APS como parte de um sistema nacional de saúde integrado e em coordenação com outros setores. Isso requer o exercício de vontade política, a fim de mobilizar recursos internos e externos.
- IX. O êxito da saúde, para a população de um país, afeta e beneficia diretamente qualquer outro país. Todos os países devem cooperar para assegurar a APS em todo o mundo.
- X. Pode se conseguir um nível aceitável de saúde para todo o mundo no ano 2000 mediante uma utilização melhor dos recursos mundiais, grande parte dos quais se gastam hoje em conflitos militares.

1.4 A questão social e a saúde

Iniciando com Iamamoto (2001) a questão social tem sua “gênese no caráter coletivo de produção, contraposto a apropriação privada da atividade humana – o trabalho-, das condições da sua realização, e de seus frutos”. Sendo que o “trabalhador livre” depende da venda de sua força de trabalho para satisfazer suas necessidades vitais. A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais formadas na sociedade capitalista, impensáveis sem a intermediação do Estado. Expressa, portanto, “disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais” (P.26).

A autora (2002) destaca ainda que a “questão social apresenta novas roupagens e expressões em decorrência dos processos históricos que a redimensionam na atualidade, aprofundando suas contradições” (p.28).

Filho (1982) referindo-se ao sentido universal do termo, também constrói um conceito para a questão social, como o “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs na constituição da sociedade capitalista, estando fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho”, gerando desigualdades, pobreza, desemprego e necessidades sociais (p.21).

Para Pereira (2001) a questão social não é “sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção, mas, de embate político, determinado por essas contradições” (p.54).

A autora (2001, p.59) destaca ainda que a palavra questão pode significar interrogação, problema, conflito, e que ao ser acrescido a palavra social adquire outro significado:

[...] a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagônicos -dada a sua desigual posição na estrutura social - na qual os atores dominados conseguem impôr-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos sociais e relativos.

A concepção de questão social mais difundida no Serviço Social é a de Carvalho e Yamamoto (1983, p.77)

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Segundo Yasbek (2001), a reprodução da questão social é a procriação das contradições sociais. Atualmente há uma tendência de naturalizar a questão social, transformando suas manifestações em “objeto de programas assistenciais focalizados de combate à pobreza ou em expressões de violência dos pobres, cuja resposta é a segurança e a repressão oficiais” (IAMAMOTO, 2001, p. 76).

A sociedade apresenta-se com desigualdades e antagonismos em que a prosperidade da economia e o fortalecimento do aparelho estatal “parecem em descompasso com o desenvolvimento social. isto è, a situação social de amplos contingentes de trabalhadores. fabrica-se precisamente com os negócios, a reprodução do capital” (IANNI, 1991, p.04).

A questão social no Brasil evidencia-se cada vez mais complexa e desafiante, gerando enormes desigualdades sociais. Vivencia-se a “globalização caracterizada pela mundialização da economia, com ênfase no mercado capaz de auto-regular a sociedade, o acirramento da competitividade, concorrência, o Estado reduzindo suas atribuições e competências”, transferindo para o mercado tal responsabilidade (TELES, 1996, p.75). Com o intenso processo de urbanização e a limitação de recursos, onde necessidades e demandas crescem e se tornam rapidamente complexas, tendendo estas a ultrapassar a capacidade das políticas públicas e do Sistema de Saúde, verifica-se a focalização e não universalização das políticas sociais (TELES, 1996).

A economia e o mercado ditam as regras a serem adotadas, ou seja, sobrevivem nesta sociedade, quem dela puder fazer parte ou pagar. Aos demais, restam ações e políticas fragmentárias e focalizadas sem perspectiva de direito.

Reportando-se ainda a autora (1996, p.85), a qual reforça esta concepção:

... a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação.

Costa (2000, p.42) referindo-se mais especificamente as políticas de saúde afirma que “O sistema de saúde deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação”, entre outros. Esta capacidade de articular é que permitiria a identificação e a produção de informações acerca da relação entre as condições de vida e de trabalho e o tipo de doenças que estas produzem, ou seja, a visão ampliada da saúde como problemática coletiva e parte integrante do conjunto das condições de vida.

Para Costa e Maeda (2001), a rede de atenção básica “tem respondido insatisfatoriamente as necessidades da população e as demandas” oriundas das expressões da questão social, “desenvolvendo ações para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas, gerando baixo impacto nos níveis de saúde”. Esta situação é agravada pela qualidade dos serviços prestados e pela insuficiência qualitativa e quantitativa de trabalhadores em saúde em “relação à demanda e ao contexto sanitário, as condições de trabalho e especialmente a forma de organização e produção dos serviços de saúde, ou seja, ao modelo assistencial” (p.21).

“Ao reconhecer a saúde como resultante das condições de vida, a obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais” passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação, análise e resolução dos fatores que intervêm no processo saúde/doença (COSTA 2000, P. 47).

CAPITULO II

2.1 Reforma Sanitária: resgate teórico

Durante a década de 1970 cresce a discussão pela reforma nas políticas de saúde e o movimento pela Reforma Sanitária, cuja característica era a formulação do pensamento crítico na política de saúde. Surgem nos Departamentos de Medicina Preventiva das universidades brasileiras, as idéias sobre a medicina comunitária – originária dos Estados Unidos da América e divulgada nos países latino-americanos, através de instituições como a Organização Panamericana de Saúde - e o conceito de Atenção Primária à Saúde, este sistematizado pelo Congresso de Alma-atas e promovido e difundido pela Organização Mundial de Saúde, para países em desenvolvimento.

Em 1980, realiza-se a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os serviços Básicos de Saúde. Mesmo sem representação popular e com plenário restrito aos técnicos de saúde, em particular de saúde pública, e alguns nomes expressivos da medicina. Segundo Wiese (2003, p.73), esta conferência teve como resultado a proposta do governo apresentar um plano de ação, o “Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVsaúde), objetivando a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde em âmbito nacional e universal da demanda, compreendendo também as áreas de saneamento e habitação”. Apresentou-se como objetivo do projeto “a extensão de cobertura de ações básicas de saúde, permitiu uma ampliação do debate sobre a regionalização e hierarquização, integração das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema” (MENDES,1995 ,P. 34-35).

Considerada um marco no processo de reordenamento no modelo de atenção à saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde⁸ acontece em março de 1986 em Brasília, cujo tema voltava-se para a situação de saúde no país, tendo como temática central a discussão da saúde como um direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde integrando aspectos orgânicos-institucionais, descentralização, universalização e participação, redefinindo os papéis institucionais das unidades políticas (união, estado, municípios e territórios) na prestação de serviços de saúde (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987)

Ao final desta conferência, foi aprovado um relatório, com mudanças no setor de saúde, com a finalidade de torná-lo acessível, democrático, universal e equitativo. Essas recomendações passaram então, a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que em 1987, foi levado a Assembléia Constituinte para ser discutido juntamente com outras propostas sobre saúde, tendo como intuito de mais tarde ser escrito na Constituição Federal de 1988. Ainda nesta VIII Conferência Nacional de Saúde fica estabelecido a concepção ampliada de saúde como:

Em seu sentido mais abrangente, 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 a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Após a VIII conferência foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária incluindo em seu corpo representantes do movimento sanitário, parlamentares organizações

⁸ Que diferencia-se das anteriores, por ter um *caráter democrático*, tendo a participação de milhares de delegados representativos de forças sociais interessados na questão da saúde, e pela sua *dinâmica processual*. Tendo iniciado com as conferências municipais, depois as estaduais e por fim a nacional (WIESE, 2003).

populares e governamentais, esta comissão sintetizou as idéias fundamentais expressas na VIII Conferência e definiu os princípios da Reforma: Participação, equidade, descentralização, integralidade, e universalização.

- ✓ A participação pressupõe a inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços;
- ✓ A descentralização contém a idéia de multiplicação dos centros de poder e irá se realizar principalmente através da municipalização;
- ✓ A universalização significa igualdade de acesso aos serviços;
- ✓ A integralidade aponta para a superação da dicotomia serviços preventivos *versus* curativos e para a atuação em outras áreas além da assistência individual: a área da prevenção de doenças e a promoção da saúde, extrapolando, inclusive, o setor saúde.

A Reforma Sanitária manteve-se numa ampla crítica a concepção de saúde, sendo esta restrita ao biológico e ao individual, como também a “relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho” (VASCONCELOS, 2002, P.98).

A partir desta conferência os avanços foram significativos, evidenciando “a necessidade efetiva de uma reforma na saúde que desse conta de entender a necessidade de reestruturação do setor com a criação de um Sistema de Saúde que fosse único, separando-o da previdência” (WIESE, 2003, p.76).

A Reforma Sanitária teve como proposta a reorientação do Sistema de Saúde brasileiro, mas foi somente com a colocação no documento final da Constituição Federal de 1988, que grande parte das propostas das organizações populares e de especialistas da área de saúde foram efetivados. É a partir da Constituição Federal de 1988, que acontece a implantação do SUS, e a saúde começa a ser vista como direito de todos.

2.2 O direito a saúde na Constituição Federal de 1988

Em 1988, é aprovada e promulgada a nova Constituição Nacional, a qual incorpora as propostas do movimento sanitário. A saúde passa a integrar o tripé da Seguridade social⁹, juntamente com a previdência e a assistência social. Sendo definida como resultado de políticas sociais e econômicas, reconhecida como um direito do cidadão e dever do Estado, rompendo com o vínculo entre contribuição e acesso. Ressalta-se que anteriormente a esta Constituição, o direito a saúde era relacionado com o emprego formal, não sendo direito de todos, o restante da população só tinha atendimento se pagassem particular ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da saúde, ou ainda se os hospitais se dispusessem a fazer o atendimento.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, inicia-se um período marcadamente significativo no campo das políticas sociais, e na construção de uma nova concepção de saúde e doença. Universalizou-se o direito a saúde, e a garantia do pleno acesso aos serviços sem qualquer critério de exclusão ou discriminação. A universalidade da saúde representou um ganho significativo para toda a população brasileira.

A Constituição Federal de 1988 vem garantir a saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer condição prévia, conforme especificado em seu art. 196 (p.186):

- um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

⁹ Conforme art. 194 da Constituição da República Federativa do Brasil, “ a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos de saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2001, p.117)

Segundo Nogueira (2002, p.154), a aprovação do direito a saúde:

expressa uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional-redistributivo, na medida em que rompe com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais a saúde de todo cidadão.

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, assegurado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (p.187), organizado de acordo com as diretrizes que são:

I descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III participação da comunidade.

Para operar o SUS e efetivar o sistema no campo da política social de saúde existem mecanismos e princípios que são as diretrizes básicas, e compreendem a descentralização, financiamento, participações sociais, fundos de saúde, conselhos de saúde, conferências, plano diretor, comissão de planos e cargos, carreiras e salários e relatórios de gestão.

De acordo com a legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, “com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, incluindo as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. (CARVALHO, 2002, p. 41)

Posteriormente a universalização da saúde, assegurado através da Constituição Federal de 1988, a organização básica das ações e serviços, quanto a direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera do governo no SUS, foram detalhados na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a qual estabelece um novo modelo de política de saúde, caracterizando-a como uma política de cunho social. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências nos vários níveis de governo, sendo complementada com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8142 de 28 de setembro de 1990, devido aos vetos do então Presidente Fernando Collor de Mello. Esta segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma de condições para a transferência intergovernamentais de recursos financeiros (CARVALHO, 2002). Todavia, somente três anos após a LOS 8142, é que os critérios para o repasse dos recursos do governo federal para os Estados e municípios tornam-se efetivos e sistemáticos através da Norma Operacional Básica do SUS de 1993 (NOB/93).

Atualmente a saúde é explicitada como direito de cidadania, construído através de uma concepção ampliada de saúde que estabelece o reconhecimento da inter-relação entre direitos sociais e econômicos. A saúde é reconhecida então como um direito social, tendo como responsável o Estado. Neste sentido destaca-se:

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 e início dos anos 80. Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, na busca de instauração de uma política de saúde inédita. Em outro sentido, o lema "saúde, direito de cidadania, dever do Estado" implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva),

diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doenças (LUZ, 1995, p. 136)

Portanto, desde os primeiros anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, a política de saúde brasileira caminha na tentativa da sua efetivação, buscando também concretizar a cidadania social construída politicamente em espaços organizados da sociedade civil.

Segundo Mendes (1996), o SUS é um processo social em construção, que preconiza um novo modelo de saúde, sendo efetivado a cada dia, envolvendo aspectos políticos, culturais e tecnológicos para a sua consolidação

2.3 Propostas de Ações, a partir das Diretrizes do Banco Mundial Interamericano

Na década de 1990, a entrada dos organismos internacionais, vem a interferir nas políticas sociais.

O Banco Mundial representa uma das agências multilaterais atuantes na América Latina (juntamente com a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / Banco Interamericano de Desenvolvimento (PNUB/BID), apresentam um plano de ação para a América Latina, que segundo análises, tem caráter neoliberal (WIESE, 2003, p.83).

Na década de 1980 o Banco Mundial Internacional destacou algumas propostas, então contempladas no Consenso de Washington¹⁰, como a necessidade de regulamentação e privatização dos mercados, portanto, a privatização e desregulamentação do Estado.

Segundo Wiese (2003, p. 83), a CEPAL no início dos anos 90 trouxe a proposta: “Transformação Produtiva com Equidade”, visando articular três elementos:

- 1- a transformação produtiva;
- 2- as reformas nos programas sociais;
- 3- a implantação e o reforço da democracia, com vistas à redução da desigualdade.

No campo das políticas sociais defende, que com a equidade, competitividade e crescimento, as políticas passam a ter um caráter ativo, dinâmico, crescendo dentro da estratégia global de transformação produtiva. O Estado não sofre uma redução de suas responsabilidades, mas deve estar centrado na eficiência e eficácia sobre o sistema econômico. Neste sentido destaca-se a “necessidade de reformas nos programas sociais, como na saúde, habitação, educação, nutrição e previdência, pois trará maior equidade no gasto social, seletividade nos programas e nas populações a serem atingidas. (WIESE, 2003, p.84)

O documento organizado em 1993, pelo PNUD/BID “Pobreza e Reforma Social”, vem ampliar as discussões da CEPAL sobre as reformas sociais e econômicas, trazendo em sua pauta a redução da pobreza como uma condição essencial para a reforma social. (WIESE, 2003, p.84).

¹⁰ Conclusão da reunião que ocorreu em 1989, entre funcionários do governo norte-americanos e FMI, Banco Mundial e BID, com a finalidade de avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região (BATISTA, 1994, P.5)

O referido documento traz em seu relatório proposições para reformas do setor saúde, e reafirmam também a importância de se proceder ações no sentido de:

- ✓ *Consolidação da reforma institucional*: onde destaca-se no curto prazo a necessidade de flexibilizar o SUS de acordo com necessidades dos estados e municípios e balancear a relação acesso/recursos. No médio prazo, ressalta-se a necessidade de transferência e estabilidade, nas transferências fiscais do governo federal para estados e municípios.
- ✓ *Análise dos custos dos serviços para estabelecer políticas de investimentos prioritários*. Estabelecimento de um pacote padronizado de benefícios cobrindo prevenção e cuidado secundário e priorização de compra para serviços de cuidado terciário. Com base na avaliação de custos e desempenho, desenvolver incentivas à eficiência na oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais.
- ✓ *Aperfeiçoamento da regulação do mercado*, pelo aumento da exigência para o exercício profissional - com exame federal de licença para médicos e enfermeiros, pela avaliação da capacidade de implementação das regulações existentes nos níveis federal, estadual e municipal e pelo estabelecimento de mecanismos de regulação para as companhias de seguro de saúde“(BANCO MUNDIAL, 1993:159-161).

A partir de 1995 os Organismos Internacionais de Financiamento (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Fundo Monetário Internacional – FMI) começam a executar um projeto de reformas na área da saúde brasileira. Como parte deste processo o Banco Mundial realiza uma análise e constata uma série de implicações no SUS:

A extensão a cobertura a todos os cidadãos; a transferência para os municípios, das responsabilidades e da totalidade dos recursos federais referentes à assistência e à saúde; as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população; além do fato de o sistema unificado e descentralizado continuar, não indicando como ocorrem as relações entre o governo e o setor privado (SIMIONATTO, 2001, P.18).

Aponta também um grande defeito do SUS, a concentração de recursos em programas que não atingem as regiões mais necessitadas, além da ineficiência no atendimento às camadas mais pobres, critica também a centralidade nas ações de média e alta complexidade, deixando sem investimento os programas de saúde preventiva.

As intenções das reforma setoriais para a área da saúde trazem como foco central à idéia de estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e de prioridades de financiamento para serviços e o desenvolvimento de experiências de copagamento. O Banco Mundial centra sua proposta no papel do Estado apenas na Atenção Primária, e os serviços de alto custo passam a ser oferecidos para os que puderem comprar, ou seja, passam a ser oferecidos pelo mercado, deixando-a sob a responsabilidade da família, devendo está comprar serviços médicos, além de transferir as funções governamentais às organizações não-governamentais.

Conforme Wiese (2003), o Banco Mundial propõe financiar o desenvolvimento e a implementação de modelos de saúde que colocam em evidência somente os grupos socialmente vulneráveis, ou seja, os pobres teriam um pacote essencial e simplificado de ações e serviços de saúde para terem seus cuidados e necessidades resolvidas. Portanto os serviços de saúde que não estão incluídos nos pacotes essenciais devem ser comprados no mercado por quem puder pagar, não tendo preocupação com a demanda dos usuários, ou seja, são programas prontos que não consideram as particularidades da população, são ações e serviços de baixo custo.

2.4 Atenção Básica a Saúde: conceitos e ações

A discussão da atenção básica veio concretizar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realiza em Alma-Ata, em 1978, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Segundo o Ministério da Saúde (1998) a Atenção Básica a Saúde é um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível da atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (Brasil, 1998, p.11).

Mendes (1996) destaca as interpretações mais comuns para a atenção primária:

- a atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população e que este sistema supõe servir;
- A atenção primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;
- a atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde. (p.271)

Mendes (1996, p.273), defende ainda a atenção primária “como nível de atenção e estratégia, pois não dá conta de reordenar todo o sistema de saúde e é neste sentido, que por meio da saúde da família, irá catalisar e reordenar os níveis secundário e terciário, mediante estratégias complementares”.

Objetivando de uma maior visualização das ações dirigidas a grupos específicos da população na gestão de atenção básica, segue:

Tabela 1 Ações e impactos da Atenção Básica

Ações	Impacto Esperado
1. Incentivo ao aleitamento Materno	- Redução da desnutrição e das doenças infecciosas - Redução das internações hospitalares no primeiro ano de vida.
2- Controle de doenças preveníveis por imunização, incluindo a vacinação anti-pneumocócica e influenza.	- Redução da morbi-mortalidade por doenças imunopreveníveis.
3- Controle às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos.	- redução dos índices de desnutrição global e de desnutrição por micronutrientes especialmente ferro e Vitamina A. - Redução de morbi-mortalidade por doenças associadas à desnutrição, obesidade e desnutrição por micronutrientes.
4- Controle das infecções respiratórias agudas prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos e maior de 60 anos	- Redução da morbi-mortalidade por doenças respiratórias agudas
5- Controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.	- Redução da morbi-mortalidade por doenças infecciosas intestinais - Redução da desnutrição infantil
6- Controle do crescimento e desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.	- Promoção da saúde infantil e participação das famílias nos cuidados com as crianças. - Redução de distúrbios relativos ao crescimento e desenvolvimento.
7- Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos. - Higiene bucal supervisionada, com evidência de placa bacteriana na população a partir de 5 anos - bochechos fluorados na população de 5 a 14 anos. - procedimentos cirúrgicos e restauradores na população de 5 a 14 anos.	- Redução da incidência da cárie dental e da doença periodontal de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde em relação a cada faixa etária populacional
8- Controle do pré-natal e puerpério	- Diminuição da morbi-mortalidade na gravidez, parto e

	puerpério. - Diminuição da morbi-mortalidade materna e infantil. - Redução da prevalência de baixo peso ao nascer.
9- Controle do câncer cérvico-uterino e de mama	- Diminuição da morbi-mortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama em mulheres de 15 a 59 anos.
10- Planejamento familiar	- Redução da incidência de gravidez indesejada e de risco nas adolescentes.
11- Assistência básica aos acidentados e portadores de doenças de trabalho. - Notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.	- Redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho
12- Controle e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose	- Redução da morbi-mortalidade por tuberculose e hanseníase
13- Controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes Mellitus	- Redução da morbi-mortalidade por hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e suas complicações.
14- Ações de controle da obesidade	- Redução da morbi-mortalidade associada à obesidade
15- Prevenção de acidentes por quedas, prioritariamente na população maior de 60 anos.	- Redução da morbi-mortalidade por fraturas
16- Incentivo aos grupos de auto-ajuda prioritariamente na população maior de 60 anos.	- Redução das internações por depressão.

Fonte: Ministério da saúde , Portaria N° 3.925, de 13 de novembro de 1998.

2.4.1 A Estratégia de Saúde da Família

Atendendo as indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde, em 1991 foi implantado o PACS, e em 1994 o Programa de saúde da Família (PSF). O PSF viria atrelado como um “programa no âmbito da atenção primária com objetivos de desenvolver ações focalizadas para grupos humanos considerados de extrema pobreza, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos” (WIESE, 2003, p. 90).

Para o Ministério da Saúde as razões indicadas para o desenvolvimento do PSF no Brasil, foram as experiências do Programa Médico da Família em outros países como Cuba, Canadá, Suécia e a “implantação do Programa Comunidade Solidária escolhendo o PACS e PSF como consecução de suas estratégias” (WIESE, 2003 p.95).

O PSF tem como objetivo, contribuir, a partir da atenção básica, na reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidades entre os seus serviços e a população (BRASIL, 1998 p.10).

As equipes de PSF tem como objetivos específicos:

- ✓ - Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- ✓ - Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- ✓ - Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- ✓ - Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- ✓ - Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- ✓ - Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

- ✓ - Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- ✓ - Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1998, p.10).

Enfatiza-se que os objetivos e princípios elencados para o PSF devem estar atrelados a uma política universal, que não esteja vinculada a construção de um modelo paralelo que desmonte o caráter de política social e de direito a todos.

Inicialmente considerado como um programa, a partir de 1997/1998 alcança a condição de *estratégia* (ESF), para a reorientação da assistência à saúde, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica.

Segundo o Ministério da Saúde a estratégia de saúde da família também reafirma e incorpora os princípios e diretrizes do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. (MINISTERIO DA SAUDE, 2001), tendo a comunidade como aliado nas práticas e questões que envolvem a saúde.

A estratégia de saúde da família estrutura-se com equipes multiprofissionais, tendo como foco central à descentralização das ações com enfoque na família e na comunidade, estabelecendo-se vínculos de compromisso e de responsabilidade entre profissionais e população, para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. Surge com a idéia inovadora de deslocar a atenção centrada na figura do médico para ser preocupação de toda a equipe de saúde, ou seja, a:

Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1998b, p.05).

Nesta perspectiva, destacam-se os profissionais da saúde, na construção da representação do processo saúde/doença, devendo os mesmos buscar uma mobilização mais integrada com vários setores da administração pública, atuando como catalizadores de várias políticas setoriais, na busca por uma “ação interligada entre algumas áreas que devem estar em paralelo com as ações da ESF, áreas como: saneamento, educação, habitação e segurança” (BRASIL, 1996, p.09).

2.4.2 Agentes Comunitários de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde o ACS integra as equipes do PACS e PSF, atende os moradores de cada casa – em sua área de atuação – em todas as questões relacionadas com a saúde: identifica problemas, orienta, encaminha, e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, a promoção, a recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade.

Machado (2002, p.198) destaca que as equipes seguem um padrão quanto à organização de suas atividades. ‘Os ACS através de visitas domiciliares fazem o cadastro, conhecem os problemas e demandas realizando a triagem das situações encontradas’.

A partir destas ações, os ACS registram as queixas e necessidades expressas pelos usuários e passam-nas à enfermeira. “A mesma dá os encaminhamentos internos, ou seja, faz os atendimentos, convoca para consulta ou grupo, encaminha para o médico, solicita nova visita” (Idem, 2002, p. 198).

Mishima (1992) reforça que os “serviços de saúde ainda se caracterizam por cuidar da doença e não da saúde e das pessoas e / ou populações com necessidades e potencialidades em termos de saúde e qualidade de vida”. (p.74).

Em dezembro de 1997 através da Portaria GM/MS nº 1.886, fica estabelecido as atribuições do ACS:

- Realizar mapeamento da área¹¹
- Cadastrar e identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco¹²
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Identificar áreas de risco;¹³
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica;
- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade¹⁴;

¹¹ A localização das residências, das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade são registradas pelo ACS num mapa, com objetivo de facilitar o planejamento e desenvolvimento de seu trabalho (<http://www.saude.gov.br> acesso e. 02/08/2004).

¹² É a primeira etapa do trabalho do ACS, junto a comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, informações da cada membro da família a respeito de condições de saúde, situação de moradia e outras informações adicionais, permitindo à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções, sendo indispensável para o planejamento, programação e avaliação dos serviços de saúde prestados à população (<http://www.saude.gov.br> acesso e. 02/08/2004).

¹³ Com base no mapeamento realizado, o ACS identifica todo lugar ou setor, no território da comunidade, onde existam microáreas de risco: locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram ali, como exemplo, esgoto a céu aberto, água de poço, isolamento da comunidade. Após esta identificação, as microáreas passam a ser uma das prioridades do agente. Além de informar sobre estes locais, a unidade de saúde a qual está vinculado, deve atuar também junto às autoridades locais e à comunidade na busca de soluções para os problemas observados (<http://www.saude.gov.br> acesso e. 02/08/2004).

¹⁴ A visita domiciliar é o principal instrumento de trabalho do ACS. Todas as famílias de sua microárea são visitadas, no mínimo, uma vez por mês. As gestantes e crianças são grupos prioritários que requerem atenção especial. O número de visitas por residência vai depender das condições de saúde de seus habitantes (<http://www.saude.gov.br> acesso e. 02/08/2004).

- Estar sempre bem informado, e informar os demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver as ações de educação e vigilância a saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras¹⁵;
- Traduzir para ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.(BRASIL, 1997)

Referindo-se ainda a Portaria GM/MS nº 1.886 de 12/97, além das ações específicas na área da saúde, o ACS tem atuação relevante em outras áreas :

- Educação - identificação de crianças em idade escolar que estão fora da escola para serem encaminhadas a rede de ensino público;
- Cidadania/Direitos Humanos - ações humanitárias e solidárias que interfiram, de forma positiva, na melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- Colaboração com o poder local e os conselhos municipais de saúde na identificação de alternativas de geração de emprego e renda;
- Mobilização de setores da sociedade com maior poder aquisitivo para a formação de comissões em defesa das famílias expostas à fome e a desastres naturais como seca, enchentes;
- Reforço a iniciativas já existentes de combate à violência, entre outras. (BRASIL, 1997).

¹⁵ O ACS é uma pessoa que está sempre em ação pela saúde de sua comunidade. Para mobilizá-la, ele promove reuniões e encontros com diferentes grupos - com gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, com grupos em situação de risco e com pessoas portadoras da mesma doença. Ao lado das visitas domiciliares, o agente de saúde incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações, na definição de prioridades (<http://www.saude.gov.br> acesso e, 02/08/2004).

Após serem identificadas as atribuições do ACS, cabe ressaltar, que o enfermeiro é o profissional que capacita, acompanha suas atividades e as reorienta, de acordo com as necessidades identificadas.

Segundo Wiese (2003) este questionamento se torna central porque conduz a se pensar qual o verdadeiro papel desempenhado pelo ACS nas ESF. O fato de identificarem as demandas sociais, não significa que os mesmos possuem qualificação profissional para compreender e trabalhar com estas demandas.

CAPITULO III

3.1 O Serviço social na área da saúde

A ação pioneira do serviço social na saúde acontece em 1943, no Hospital de Clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, com a denominação de Serviço Social Médico, através do Decreto-lei 13.192 (NOGUEIRA, 2003).

Na década de 1940 e 1950 houve a incorporação das ações do profissional de serviço social em espaços ocupacionais recém criados, como o SESI, SENAI, LBA, onde o assistente social atuaria em programas educativos em saúde, orientação individual em cuidados de higiene e puericultura às famílias dos trabalhadores.

Com a constituição inicial dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, e posteriormente com a unificação dos Institutos no INPS, constitui-se na década de 1960 e 1970 um novo ponto de inserção dos assistentes sociais, os quais atuariam na organização da coleta de informações de ordem social para subsidiar o diagnóstico médico, nas demandas para consultas médicas, na mobilização comunitária para a reintegração dos pacientes junto à família, ao trabalho e a comunidade, na ação educativa-preventiva em pequenos grupos e nos Centros de Reabilitação (NOGUEIRA, 2003).

Outros dois espaços de incorporação do profissional de serviço social, foram a expansão das Santas Casas de Misericórdia e a implementação das primeiras Secretarias Municipais de Saúde.

“Na década de 1980 o lento processo de adesão dos assistentes sociais às novas práticas do setor saúde, consolidadas no movimento sanitário, foi compensado, com o posterior

e rápido envolvimento da categoria com o Sistema Único de Saúde” (NOGUEIRA, 2003, p.03).

Em 1993 acontece a promulgação do novo Código de Ética do Assistente Social e Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8662, em fevereiro deste mesmo ano, a resolução CNS Nº 38, inclui como categoria que compõem a equipe de saúde o profissional de serviço social.

O assistente social se insere, na equipe de saúde como “profissional que articula o recorte do social, nas formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde”. (CFESS, 1990) Tendo competência teórica e técnica para intervir junto aos “fenômenos sócios - culturais e econômicos, fenômenos estes, que reduzem a eficácia dos programas, quer seja em nível de promoção, proteção ou recuperação da saúde.” (NOGUEIRA 2003, p.04).

Complementando com Iamamoto (2001) o profissional de serviço social “desenvolve sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano” (p.20).

Costa (2000), afirma que o assistente social “se insere no processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais “levando a concluir que apesar dos caminhos tortuosos o seu principal produto parece assegurar a integralidade das ações” (p.62)

Pode-se identificar que as ações predominantes conforme sistematização da Comissão de Saúde do CRESS 7ª Região –Rio de Janeiro- e Del Prá (2003) são:

- Ações de caráter emergencial – agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos urgentes, obtenção de transporte, medicamentos, sangue, próteses, órteses, roupas, abrigo, alimentação. Inclui a exigência de um conhecimento profundo dos recursos locais, regionais e nacionais.

Repõe-se, nesse eixo de ação, um leque de atividades que tradicionalmente foram manejadas pelo assistente social, mas ampliadas pela expansão da demanda, exigindo a intensa articulação e mobilização de recursos dentro e fora do setor saúde.

- Ações sócio-educativas – orientação e abordagens grupais e coletivas ao usuário, família, grupos e redes de apoio. Referem-se tanto as ações no âmbito hospitalar e ambulatorial como comunitário. No primeiro caso se classificam as orientações necessárias para o bom andamento da internação e dos procedimentos técnicos exigidos para a cura. Inclui a orientação para a alta médica e cuidados pós-alta, as orientações nas situações de óbitos, as decorrentes dos encaminhamentos burocráticos exigidos para os encaminhamentos de referência e contra-referência, as orientações para exames, a sensibilização grupal e individual para doação de sangue entre outras atividades. No âmbito ambulatorial e das unidades sanitárias incorpora as práticas de educação em saúde, a mediação entre o discurso médico e o popular com relação as informações sobre procedimentos e diagnósticos e a interpretação de normas, condutas e rotinas.
- Gestão de serviços – formalização de critérios de inclusão, coordenação e chefia de unidades de saúde, organização da demanda e procedimentos de inclusão nas ações e serviços prestados pelo Sistema – pareceres sociais para os processos de referência e contra-referência.
- Gestão de recursos humanos - treinamento e preparação de recursos humanos no sentido de reorganização da ação, interpretação de normas administrativas e funcionais, otimização dos procedimentos e adaptação às inovações decorrentes do SUS. Assessoria – tanto se refere à assessoria nos planos internos do SUS como as atividades voltadas para o planejamento local das unidades sanitárias, desenvolvimento de ações de apoio pedagógico e técnico-político aos funcionários, aos representantes dos usuários e aos próprios usuários, a cooperação para construção de parâmetros de avaliação e para o controle das ações realizadas,
- Assessoria – tanto aos planos internos do SUS como as atividades voltadas para o planejamento local das unidades sanitárias, desenvolvimento de ações de apoio pedagógico e técnico-político aos funcionários, aos representantes dos usuários e aos próprios usuários, a cooperação para construção de parâmetros de avaliação, para o controle das ações realizadas e para a elaboração de normas e rotinas,
- Mobilização e articulação comunitária - fortalecendo o controle social e viabilizando a participação de grupos e redes comunitárias na prevenção e controle de focos endêmicos e epidêmicos. Inclui o acompanhamento sistemático dos Conselhos de Saúde e o levantamento de dados sobre os recursos e potenciais de toda ordem. Os estudos feitos sobre a contribuição do assistente social no SUS revelam a prevalência de ações de articulação e interação entre os níveis do sistema, buscando “estabelecer o elo perdido, quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais”.

Costa (2000) assinala, ainda, que as atividades desempenhadas atualmente pelo assistente social no âmbito do SUS exigem do profissional um conhecimento técnico, qualificando-o de modo específico no Sistema Único de Saúde.

Reconhece-se que, além dos conhecimentos teóricos-metodológicos e técnico-operativos tradicionais há uma outra exigência aos profissionais de serviço social:

1. A capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas e em curso;
2. Conhecer as realidades econômicas, culturais e, sobretudo, o nível de organização sócio-política dos usuários da localidade e área em que trabalha;
3. Dominar os conhecimentos e técnicas para desencadear e assessorar os processos de mobilização, fortalecendo o controle social. (COSTA, 2000).

Iamamoto (1999) enfatiza que “O exercício da profissão envolve a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defender o seu campo, suas qualificações e funções profissionais”, portanto, as novas demandas requerem o rompimento com as atividades comumente rotineiras e burocráticas, que reduzem o trabalho ao cumprimento de atividades pré-estabelecidas.(p.113).

Complementando o pensamento de Iamamoto, com Bravo (1996), refere-se ao assistente social como profissional de saúde que trabalha as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida versus objetivos institucionais.

Reafirmando com Costa (2000, p.44), ao “atender às necessidades imediatas e mediatas da população, o Serviço Social na saúde infere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil”.

3.2 As Ações do Assistente Social na Atenção Básica

A implementação do Sistema Único de Saúde vem trazendo mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde e no trabalho do assistente social. (COSTA, 2000). Com a descentralização, e o processo de trabalho implementado pelo SUS, acontece a ampliação do espaço ocupacional do assistente social no setor. As demandas são em grande parte provenientes das novas estratégias de reorganização das práticas e serviços (NOGUEIRA, 2003).

Costa (2000) destaca a inserção dos profissionais de serviço social nas equipes de saúde em todos os níveis de atendimento do SUS, mas principalmente nos centros de saúde. Esta inserção, segundo a autora (2000, p.69):

Abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar o processo de trabalho na saúde elaborando estratégias de atendimento às necessidades imediatas, como a democratização do acesso e de responsabilização social do SUS, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

A autora (2000 p.46 a p.53), inferindo a experiência profissional do serviço social nas Unidades de Saúde em Natal (RN), constata que as atividades estão centradas nos seguintes campos:

- Ações de caráter emergencial¹⁶;
- Educação e informação em saúde¹⁷;

¹⁶ Atividades voltadas para a agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos urgentes, obtenção de transporte, medicamentos, sangue, próteses, órteses, roupas, abrigo, alimentação. Inclui a exigência de um conhecimento profundo dos recursos locais, regionais e nacionais. Repõe-se, nesse eixo de ação, um leque de atividades que tradicionalmente foram manejadas pelo assistente social, mas ampliadas pela expansão da demanda, exigindo a intensa articulação e mobilização de recursos dentro e fora do setor saúde (COSTA, 2000).

- Planejamento e assessoria¹⁸;
- Mobilização da comunidade¹⁹;

O conjunto de atividades inferido por Costa (2000), é operacionalizado nos Centros de Saúde, por meio de núcleos de objetivação do trabalho do assistente social, sendo:

- ✓ *Levantamento de dados*, consiste basicamente em um levantamento dos dados sócio-econômicos e culturais dos usuários ou da comunidade. Tendo como finalidade conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento, além de identificar as possibilidades e condições de participação da família, agregados, vizinhos, entre outros, nos meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do paciente. Este processo é realizado através de entrevistas, questionários, cadastro e diagnósticos sociais, sendo privilegiados dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais.
- ✓ *Interpretações de normas e rotinas* esta atividade consiste na transmissão de informação e na interpretação das normas de funcionamento dos programas e das unidades prestadoras de serviços de saúde. Nos centros de saúde as principais ações dizem respeito ao cumprimento de horários, período e prazos de retorno, aos procedimentos terapêuticos recomendados²⁰, além do cumprimento de normas que disciplinam o fluxo de atendimento no processo de hierarquização dos serviços.
- ✓ *Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial* consiste em tomar providências no sentido de atender as urgências sociais, tais como providenciar transporte, marcação de exames e consultas extras, mobilização de recursos assistenciais, entre outros.
- ✓ *Desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político* consiste na realização de atividades em que o profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, treinamentos, debates, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, visitas a lideranças e entidades comunitárias, entre outras.

¹⁷ Consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvam a colaboração destes na resolução de problemas de saúde individual e coletiva (COSTA, 2000)

¹⁸ Consistem na realização de ações voltadas para a reorganização do trabalho no SUS, principalmente nas ações de planejamento e assessoria às unidades de saúde, no apoio pedagógico e técnico-político aos funcionários, aos representantes dos usuários e aos próprios usuários, a cooperação para construção de parâmetros de avaliação, para o controle das ações realizadas e para a elaboração de normas e rotinas (COSTA, 2000)

¹⁹ consistem basicamente em ações educativas, voltadas para a sensibilização e mobilização da comunidade e função da instalação e funcionamento dos Conselhos de Unidade nos três níveis de governo. São atividade de cunho político-organizativo e instrumental (COSTA, 2000)

²⁰ Esquema de imunização previsto para crianças até cinco anos e gestantes (COSTA, 2000)

- ✓ *Procedimentos de natureza sócioeducativas* Consiste em ações voltadas para a educação em saúde. Para a viabilização dessas atividades basicamente é utilizado a linguagem e o conhecimento. A atuação do assistente social incide sobretudo nos programas de assistência a mulheres e a crianças, a estas atividades acrescenta-se a divulgação da programação do Centro de saúde junto a entidades comunitárias.

Outra experiência que vale a pena ressaltar, é a inserção do Serviço Social no Centro de Saúde Saco Grande, a qual é viabilizada através de estagiários do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (alunos em estágio curricular e alunos inseridos na disciplina de Processos de Trabalho em Serviço Social: Famílias e Segmentos Vulneráveis), e através de profissionais do Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência/UFSC.

Segundo Furlanetto (2004, p.81) o Serviço Social no Centro de Saúde Saco Grande, organiza seu processo de trabalho em três eixos: Processos Políticos-Organizativos, Processos de Planejamento e Gestão e Processos Sócio-Assistenciais.

Os Processos Políticos-Organizativos tem como foco a intervenção e a participação social. São desenvolvidas ações de assessoria e mobilização, realizadas através de diferentes abordagens como a grupal, a individual e a coletiva, utilizando-se diferentes instrumentos técnico-operativos. As ações profissionais têm como principal objeto a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania.

Processos de Planejamento de Gestão consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria em instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão e capacitação de recursos humanos, gestão de informação e gerenciamento de programas, projetos e serviços.

Processos Sócio-Assistenciais consiste no desenvolvimento de ações com usuários, especialmente com famílias e segmentos social vulneráveis. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. As ações são desenvolvidas em três Projetos: Projeto Sócio-educativo, Projeto de Atenção Sócio-assistencial e projeto de estudo e Acompanhamento de famílias. Integram este processo quatro categoria de ações:

As ações sócio-educativas objetivam, pela informação, pelo diálogo e pela reflexão entre profissionais e usuários, fortalecer estes usuários no processo de mudança na realidade na qual se inserem, bem como na direção da ampliação

dos direitos e efetivação da cidadania. Permite tornar transparente aos usuários a estrutura dos serviços de saúde, bem como a pretensão das políticas sociais, especialmente a de saúde, socializando os meios e as condições de alcançá-las:

Ações sócio-emergenciais são desenvolvidas no sentido de atender as demandas relacionadas às necessidades básicas do usuário, bem como a da família do usuário:

Ações sócio-terapêuticas são desenvolvidas diante das situações de sofrimento subjetivo individual e grupal, as quais implicam necessariamente na família, expresso nas suas relações ou nas de seus membros, com a pretensão de transformar essa realidade. São voltadas às situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que estabelecem (violência por exemplo).

Projeto de atendimento a agenda consiste no atendimento através de agendamento do usuário no centro de Saúde.

Referindo-se, ainda, as ações do assistente social nos Processos Político-Organizativos, Bravo e Souza (2002), Couto (1999) após estudos afirmam que:

... o profissional trabalha com a organização da documentação dos conselhos, organização de plenárias; elaboração de cartilhas sobre controle social e política ao qual se vincula; realização de oficinas; produção de boletim informativo do conselho; elaboração de planos com propostas de participação popular; realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta da reunião dos conselhos; realização de cursos de capacitação de conselheiros ; participação e controle social; legislação e orçamento; o acompanhamento dos conselhos; dinâmica das reuniões; a realização do perfil do conselheiro; diagnóstico da realidade; e o incentivo à realização e participação no orçamento participativo.

Nessa proposta, como conselheiro o assistente social pode atuar como representante do governo na condição de gestor, pela entidade prestadora de serviço e, ainda, como é mais comum, o segmento dos trabalhadores. “O assistente social na condição de conselheiro, é portador de um mandato, de uma delegação atribuída pelo segmento que lhe coube representar” (GOMES, 2000, p.48).

Já a assessoria consiste em contribuir efetivamente na organização da população. A ação acontece no sentido de identificar e propor alternativas e possibilidades concretas de

enfrentamento às questões do cotidiano, da luta por direitos. Visa também produzir e/ ou socializar informações e análise, tendo em vista o encaminhamento de soluções que viabilizem o atendimento de suas demandas, bem como o seu fortalecimento como classe organizada (SILVA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das questões pontudas ao longo deste estudo, como o social no âmbito da saúde, o assistente social na atenção básica, o trabalho realizado pelas ESF, entre outros, muito mais do que respostas, buscou-se problematizar o objeto de pesquisa, constatando ser uma temática complexa e que conduz a outros questionamentos.

Um dos questionamentos leva a pensar os caminhos que conduzem a construção do social no sistema de saúde, ampliando-se nas práticas profissionais. Nesta direção, entende-se que esta construção preconiza antes de tudo o entendimento, por parte dos profissionais, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (WIESE, 2003).

Retomamos Wiese (2003), para conduzir esta discussão no caminho para a efetivação de um novo modelo de saúde, busca-se, à defesa da *universalidade*, a qual implica no direito de acesso aos serviços de saúde para todos os usuários, da *equidade*, considerando as diferenças e da *integralidade* pautada na percepção do usuário como um todo e integrante de uma comunidade que tem o direito de receber assistência integral das ações na busca pela efetivação do modelo de saúde.

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

Cabe ressaltar, as propostas do Banco Mundial Internacional em financiar o desenvolvimento e a implementação de modelos de saúde, colocando em evidência somente os

grupos socialmente vulneráveis, ou seja, aos pobres caberiam um pacote essencial e simplificado de ações e serviços de saúde para terem seus cuidados e necessidades resolvidas.

Acrescenta-se ainda partir de Nogueira (2002, p.60), que o que se presencia é um processo de mercantilização e privatização na saúde, tendo forte presença de mecanismos mediados pelo mercado, “destinando aos diferentes segmentos sociais, com uma particularização, de direitos, de atendimento que, no âmbito do Estado, deveria ter caráter universal”.

Remetendo esta discussão, segundo Wiese (2003 p.246), para o âmbito das práticas profissionais, é indispensável que os profissionais de saúde incorporem como valor que o social está presente em todas as relações, seja na política de saúde, “nas demandas que são atendidas, numa queixa do usuário centrada no sintoma, mas que reflete todo um contexto social e de vida que marca este sujeito”.

A partir desta preocupação com o social, os profissionais da área da saúde tem um papel relevante na construção de uma nova concepção de saúde e doença. Ressalta-se que essa construção não se dá somente através do profissional médico, mas sim, por todos profissionais de saúde.

Para Costa e Maeda (2001 p.21) a rede de atenção básica “tem respondido insatisfatoriamente as necessidades da população e as demandas” oriundas das expressões da questão social, “desenvolvendo ações para grupos marginalizados, utilizando-se de tecnologias simplificadas, gerando baixo impacto nos níveis de saúde”. Esta situação é agravada pela qualidade dos serviços prestados e pela insuficiência qualitativa e quantitativa de trabalhadores em saúde.

Todavia vale ressaltar, para que um sistema de saúde tenha um novo cunho político e ideológico, as concepções de saúde e doença devem estar vinculadas a questões mais amplas,

com “fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Lei 8080, 1990).

Segundo Nogueira (2003) esta concepção ampliada de saúde já sinaliza para a exigência de um especialista que tem sua ação socialmente reconhecida, dominando o conhecimento sobre os processos sociais e, portanto, tem capacidade para atuar nas questões sociais oriundas das relações sociais que afetam a saúde.

Neste contexto, procura-se elucidar a compreensão da atenção básica, como frente de atuação para o profissional de Serviço Social. Conforme contextualiza o CFESS (1990), a longa trajetória da profissão na área da saúde possibilitou um acervo de conhecimentos que qualificam a competência profissional.

Reportando-se novamente a Nogueira (2003), outro aspecto fundamental a ser considerado é a relação entre serviço social e a saúde, refere-se aos princípios e diretrizes ético-políticas entre o Sistema Único de Saúde e o projeto ético-político da categoria profissional, sendo que, ambos tem como meta a universalização dos direitos sociais através da democratização das ações e serviços.

O desenvolvimento das ações do assistente social pressupõe zelar pela qualidade dos serviços públicos, através da atualização dos compromissos éticos relacionados aos interesses coletivos da população usuária, segundo Yamamoto (2003).

Um outro questionamento torna-se central porque conduz a pensar qual o verdadeiro papel dos profissionais nas ESF. Um elemento que se destaca é o ACS, que vem ampliando seu espaço na ESF, vem construindo o elo de ligação entre a comunidade e os profissionais de saúde, tornasse o profissional que mais tem identificado e trabalhado com as demandas sociais, pois vive em contato constante com a comunidade.

Todavia, identificar demandas, localizar ou remediar carências, não é o suficiente, é preciso localizar os determinantes e realizar uma ação concreta. Os ACS recebem atribuições do PACS que não condizem com sua formação específica, pois “não contam com suporte teórico-metodológico e técnico-operativo, para desempenhar as ações a ele impostas”. Reforçando a escassa preocupação com uma ação técnica mais competente, que levem a ações interventivas no campo do social, a supervisão do PACS é atribuída somente ao enfermeiro, profissional este que tem uma formação específica que não contém os conteúdos exigidos para as ações no campo do social, como por exemplo: na participação popular, em casos de violência contra mulheres, idosos, crianças, entre outros (NOGUEIRA 2003, p.09).

Por outro lado verifica-se, que os objetivos do programa sinalizam para ações que são de competência exclusiva do Serviço Social e que exigem o domínio de técnicas e conhecimentos próprios da formação do assistente social.

Após concluir o presente trabalho a pesquisadora apresenta como ação propositiva a realização de um estudo que possa aprofundar a questão de uma parceria entre o assistente social e o enfermeiro, para que ambos atuem em conjunto na supervisão dos agentes comunitários de saúde, além da efetivação do profissional de serviço social na atenção básica.

REFERENCIAS

ABESS/CEDEPSS Proposta básica para o projeto de formação profissional. **Serviço Social & Sociedade**. XVII (50): 143-71. São Paulo, Cortez, abr. 1996.

BARATA, Rita de Cássia Barradas A historicidade do conceito de causa. **Textos de apoio Epidemiologia I**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

BATISTA, Paulo Nogueira. O consenso de Washington; A visão neoliberal dos problemas latino-americanos. 1994.

BRASIL. **Constituição da Republica federativa do Brasil** . (Org) Alexandre de Moares. São Paulo: Atlas, 17ª ed. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro, 1992.

_____ Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987ª.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a organização da atenção Básica**. Brasília, 1998a.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília 2ª ed. 1998b.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 8.069** de 19 de setembro de 1990 Brasília, 1990a.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8142** de 28 de setembro de 1990. Brasília, 1990 b

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. de 30 de abril de 1993. Brasília, 1993.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Agentes Comunitários de Saúde**. 1997, [http:// WWW.saude.gov.br](http://WWW.saude.gov.br) acesso dia 02 de agosto.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo/ Rio de Janeiro, Cortez/Editora UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e serviço social : luta política e trabalho profissional. **Revista da Pós-Graduação em Política Social: Ser social** , Brasília, UNB vol 01,nº 01, 1º semestre,2002.

CARVALHO, A I. conselhos de Saúde no Brasil : **participação cidadã e Controle social**. Rio de Janeiro: Fase/IBAm, 1995.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. In: **Revista de Políticas Públicas**. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão. V.6 nº 01 p. 41-46. jan/jun 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS – CFESS. **Intervenção profissional do Assistente Social no campo da saúde**. Brasília: ed mimeo, 1990.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, Ano XXI, nº 62 2000.

COSTA, Wildce da Graça Araújo e MAEDA, Sayuri Tanaka. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v25, nº.57, jan/abr, 2001

DAL PRA; Keli Regina. As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde. **Monografia**. Universidade federal de Santa Catarina/ Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2003, mimeo.

DEGENNSZAIH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **capacitação em Serviço Social e política social**. Mod. 3 Política Social, Brasília: UnB/CEAD, 2000. p. 58-70

Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, Companhia Melhoramentos, 1997

FILHO, Gisálio Cerqueira. **A Questão Social no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

FURLANETO, Cleidiamar Aparecida. Acesso a Medicamentos no Âmbito do Sistema Único de Saúde: Demanda para o Serviço Social. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade federal de Santa Catarina/Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2004.

GOMES, Ana Ligia. Os conselhos de políticas e de direitos. In : **Capacitação em serviço social e política social**. Mod 4: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB/CeAD, 2000, p. 164-172.

GUTIERREZ, Paulo Roberto e OBERDIEK. Hermann Iarh. Concepções sobre a saúde e a Doença. In: ANDRADE. SM de Soares, DA CORDINI. JL. (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora EU I. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela, a Questão Social no capitalismo **Temporalis/ associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** ano. 2, n 3(jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, grafine, 2001.

_____. CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo, Cortez, 1983.

_____. O Serviço Social na contemporaneidade: **dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997

IANNI, Octavio. A Questão Social. **Revista São Paulo em perspectiva**. São Paulo. SEADE. V.05 Nº 01. 1991.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde-Doença como Processo Social. In: **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. NUNES, Everardo Duarte (Org). São Paulo: Global Editora. 1983.

LIMA, Telma Cristiane Sasso. A intervenção profissional do serviço social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas. **Trabalho de Conclusão de Curso**: Universidade federal de Santa Catarina /departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2004.

LUZ, Madel T. **Natural Racional Social: razão medica e racionalidade científica moderna**. Rio de janeiro: Campus, 1988.

_____. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R e TAVARES, RJ. **Saúde e Sociedade no Brasil – anos 80**. Rio de janeiro: Relumé Dumará/ABRASCO, 1995.

MACHADO, Lucinéia Morely. O Programa Saúde da Família no Duistrito Federal na voz de seus atores. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social**. Brasília: UNB. Vol 01. 1º semestre. 2002.

MARTINS, Marilene Correa. **Um olhar para o debate do moviemnto sócio-comunitario do sul da ilha de santa Catarina na luta pelo direito a cidade**: Seminário Regional- Fórum da Cidade/UFECO, 125 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)- Departamento de Serviço Social, Universidade federal de santa Catarina, Florianópolis, 2002

MENDES, Eugenio Vilaça. O processo Social de Distritalização da Saúde. In: MENDES, Eugenio Vilaça (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das praticas sanitárias do Sistema Único de saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO, 1995.

MISHIMA, Silvana Martins; SILVA, Eliete Maria; ANSELMÍ, Maria Luiza e FERREIRA, Silvia Lúcia. Agentes Comunitários de Saúde: como para o Ceara...bom para o Brasil? **Saúde em Debate**. Londrina: CEBES Nº 37, dez, 1992.

MULLER, Kathia. Organização de moradores numa perspectiva de necessidade radicais. **Katálysis**, Florianópolis, n 1, p 38-52, jun. 1997.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Florianópolis, 2002.333f. Tese (Doutorado em enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **O Serviço Social na Área da Saúde.** Universidade Federal de Santa Catarina/departamento de Serviço social. Florianópolis, 2003, mimeo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe de la Conferencia Internacional sobre atención Primaria de Salud.** Alma-Ata, 1978.

PEREIRA, Potyara A P. Questão social, serviço social e direitos de cidadania **Temporalis/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social** ano. 2, n 3(jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, grafine, 2001.

PRA, KELI R.D. As ações profissionais do Serviço social no centro de saúde do Saco Grande e a Consolidação o sistema Único de Saúde. Fpolis 2003.

REZENDE. Ana Lúcia Magela de. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.

ROS, Marco Aurélio. **Estilos de pensamento em Saúde Pública: umestudo de produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick e Fleck.** Tese de doutorado apresentada ao programa de pós-Graduação em educação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2000.

SILVA, G. R e VIANNA, S. M. e NOGUEIRA, R. P. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) , s/d**

SILVA, Maria O. Silva, Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In SILVA, Maria O Silva (Org) **O Serviço Social e o popular**, resgate histórico metodológico do projeto profissional de ruptura . São Paulo, Cortez. 2002, p 97-216.

SIMIONATTO, Ivete. **Mercosul e Reforma do Estado-Implicações nas Políticas Sociais Públicas.** Relatório de pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina/departamento de Serviço social. Florianópolis, 2001, mimeo.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e políticas de saúde. **Cadernos de saúde publica**, Rio de Janeiro, v.8, n 4, p 366-378, out/dez, 1992.

TARRIDE, Mario Ivan. **Saúde pública: Uma complexidade anunciada.** Editora Fio Cruz, Rio de Janeiro; 1998.

TELES, Vera da Silva. Questão Social: afinal do que se trata? São Paulo em Perspectiva, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Enigmas do Social, In: **Desigualdade e a questão social BELFIORE – WANDERLEY, Mariângela; Bogus, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita (Orgs)**. São Paulo: EDUC, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Editora Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Intenção-ação no Trabalho Social: uma contribuição ao debate sobre a relação assistente social- grupo**. São Paulo: Cortez. 1985

YASBEK, Maria Carmelita. Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis/ associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. ano. 2, n 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, grafine, 2001.

WIESE, Michelly Laurita. A categoria social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família no Município de Blumenau. **Dissertação de mestrado**. Universidade federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2003.