

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

NARJARA JANAISA MORAIS

**SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO SOCIAL: REFLEXÕES A  
PARTIR DA VIVÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO  
CATARINENSE DE REABILITAÇÃO**

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

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 08/07/05

FLORIANÓPOLIS

2005

NARJARA JANAISA MORAIS

**SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO SOCIAL: REFLEXÕES A  
PARTIR DA VIVÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO  
CATARINENSE DE REABILITAÇÃO**

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

Orientadora: Professora Jussara Jovita Souza da Rosa.

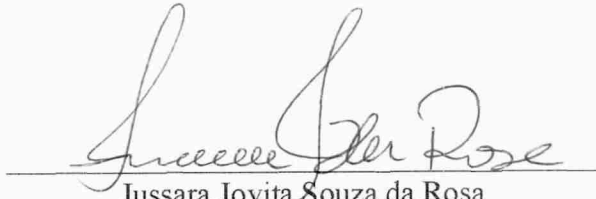
FLORIANÓPOLIS

2005

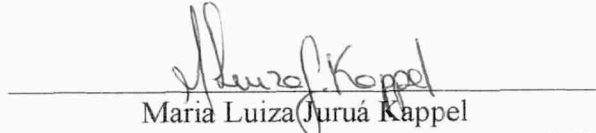
NARJARA JANAISA MORAIS

**SERVIÇO SOCIAL E GESTÃO SOCIAL: REFLEXÕES A PARTIR DA VIVÊNCIA  
DE ESTÁGIO NO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO.**

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, no Departamento de Serviço Social, Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Jussara Jovita Souza da Rosa  
Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC  
Orientadora



Maria Luiza Juruá Kappel  
Assistente Social do Centro Catarinense de Reabilitação  
1ª Examinadora

---

Viviane Bergler Fernandes  
Professora do Departamento de Serviço Social - UFSC  
2ª Examinadora

Florianópolis, Julho, 2005.

*“Seremos o que sonhamos, e cada fracasso nos ensina algo que necessitamos aprender”.*

*Diecks*

## AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa atinge seu fim, e é chegada a hora de agradecer a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação pessoal, profissional e acadêmica e para a efetivação deste trabalho, em especial:

- A Deus, que sempre esteve comigo e por ter me guiado durante toda minha trajetória;

- Aos meus pais, Gilda e Jairo, que me deram a vida e que sempre abdicaram de seus sonhos em favor dos meus, que sempre, em todos os momentos, bons ou maus, estiveram ali, me apoiando, orientando e, às vezes, quando necessário, puxando minhas orelhas, pois sei que esta conquista é tanto deles quanto minha;

- Às minhas Avós, Dona Rosa e Dona Júlia, que sempre estiveram do meu lado para tudo;

- À minha querida tia Ana, que foi uma verdadeira segunda mãe;

- À Juli, minha prima querida, que muitas vezes me deu colo e me carregou de “vela” para todos os lados;

- Ao Júnior, que no início da faculdade me apoiou e me deu forças para continuar e chegar até aqui;

- Ao Centro Catarinense de Reabilitação, na pessoa de Maria Luiza Juruá Kappel, por todos os ensinamentos que me passou durante o período de estágio, e por ter se tornado uma grande amiga;

- À “Família Odontoquality”, que me acolheu como um de seus membros, que acreditou em mim, e incentivou sempre meu crescimento profissional;

- Às amigas que conquistei durante o curso, que, tanto em sala de aula quanto em uma mesa de bar, me mostraram o quanto é importante termos amigos;

- À professora e orientadora Jussara, por seus ensinamentos e paciência que foram de extrema importância na condução deste trabalho;

- E a todos que sempre acreditaram nos meus sonhos e ideais, que torceram por mim, seguraram minhas mãos, deram seus ombros para eu chorar, riram junto comigo, aos amigos que passaram, aos amigos que chegaram. Muito obrigada por acreditarem em mim!

## RESUMO

MORAIS, Narjara Janaisa. **Gestão Social e Serviço Social: Reflexões a partir da vivência de estágio no Centro Catarinense de Reabilitação** – 51p. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

A temática deste Trabalho de Conclusão de Curso foi construída após as atividades desenvolvidas no período do estágio curricular obrigatório, realizado no Centro Catarinense de Reabilitação. A pesquisa delinea as políticas de saúde, traz reflexões sobre o Serviço Social e a Gestão Social e, por fim, apresenta contribuições para o Serviço Social do Centro Catarinense de Reabilitação, a partir da temática da Gestão Social.

**Palavras-chave: Serviço Social, Gestão Social e Saúde.**

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	8
1.1 Objetivo Geral:.....	10
1.2 Objetivos Específicos: .....	10
1.3 Problema:.....	9
1.4 Metodologia .....	10
<b>2. POLÍTICAS DE SAÚDE</b> .....	12
2.1 Histórico das Políticas de Saúde.....	12
2.2 A Gestão da Saúde Pública .....	17
<b>3. SERVIÇO SOCIAL E A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA</b> .....	22
3.1 Histórico do Serviço Social.....	22
3.2 Serviço Social e Saúde .....	28
3.3 Gestão Social e Serviço Social; .....	31
<b>4.O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO</b> .....	36
4.1 Histórico do Centro Catarinense de Reabilitação;.....	36
4.2 O Serviço Social dentro do Centro Catarinense de Reabilitação;.....	41
4.3 Contribuições para o Centro Catarinense de Reabilitação .....	43
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48



## **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi elaborado a partir de uma experiência de estágio realizada no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), no período de agosto de 2004 a janeiro de 2005, no setor de Serviço Social.

O sistema capitalista em que vivemos nos impõe regras e condições das quais muitas vezes discordamos. Conseqüência desse sistema é uma fragmentação das políticas públicas. Há uma constante transferência de responsabilidade de atribuições que antes eram responsabilidade do Estado e, agora, estão passando para outros setores da sociedade.

Na saúde não é diferente. No decorrer do trabalho, percebe-se que a saúde pública teve muitos avanços. A Constituição Federal de 1988, as Normas Operacionais Básicas (NOBS) e a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) passaram a assegurar alguns direitos antes negados ao cidadão.

Entretanto, apesar do Direito ser garantido por lei, o acesso a ele, por parte dos usuários, encontra certas limitações devido à demanda ser maior do que os recursos existentes.

Este trabalho parte da análise da falta de participação dos usuários na Instituição e da insuficiência de recursos diante da demanda dos usuários, verificada no período em que se deu a vivência de estágio.

Em razão de minha experiência profissional, gerente de uma clínica odontológica, organização privada, instigava-me a perceber as diferenças entre a gestão nos dois setores; por isso, minha motivação de tratar o tema gestão. Entretanto, a gestão no conceito da administração, não atenderia os questionamentos formulados no âmbito da prática do Serviço Social, desta forma, busquei nas discussões sobre gestão social subsídios para as nossas reflexões.

A seguir delinearémos o processo de construção desta pesquisa:

### **1.3 Problema de Pesquisa**

Na vivência de estágio no CCR, atuando na reunião de grupo de responsáveis pelos usuários do setor de Neurologia Infantil, que ocorria semanalmente, e tinha como objetivo esclarecer a cada usuário ou responsável por usuários, seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Em uma das primeiras reuniões, uma das pessoas que participavam deu a seguinte contribuição: “Moça, estamos cansadas de falar, reivindicar e de nada adiantar”. Os demais participantes concordaram com ela. Através de conversas informais com a equipe de profissionais do setor e com outros usuários, pude perceber que, muitas vezes, essas pessoas foram chamadas para reuniões para melhorar o atendimento, reivindicaram e sugeriram mudanças, mas nada foi feito; gerando frustração e um certo bloqueio para expor suas sugestões e críticas.

Sabemos que o Serviço Social tem como princípio garantir que esses direitos sejam cumpridos. Devido a um baixo investimento dos órgãos competentes, o Serviço Social ainda presta atendimentos assistencialistas de caráter emergencial.

Diante disso, o problema foi assim formulado: Como a temática da Gestão Social pode contribuir para o Serviço Social dentro do CCR?

Faz-se necessário realizar algumas reflexões sobre uma nova forma de gestão. A chamada Gestão Social e as conseqüências dessa nova perspectiva para o Serviço Social são os temas que este estudo se propõe a analisar.

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

## **1.2 Objetivo Geral**

- Analisar as contribuições da temática Gestão Social para o Serviço Social dentro do Centro Catarinense de Reabilitação.

## **1.3 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a Gestão da Saúde Pública;
- Refletir sobre o Serviço Social e a Gestão Social;
- Apresentar contribuições para o Serviço Social do CCR a partir da temática da Gestão Social.

## **1.4 Metodologia**

Para conhecer melhor a especificidade do agir profissional frente a um tema tão novo como o de Gestão Social e suas contribuições para o Serviço Social, adotou-se a pesquisa Bibliográfica, Documental e pesquisa Empírica.

Segundo Gil (1991), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Ainda seguindo a linha de raciocínio de Gil (1991), a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza, fundamentalmente, das contribuições dos diversos

autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os documentos analisados no Centro Catarinense de Reabilitação foram: Histórico da Instituição, formulários de atendimento, normas internas, prontuários de usuários entre outros relatórios de uso diários.

A pesquisa empírica se deu durante todo o processo de estágio - onde pude analisar e participar de todo o processo de atendimento do CCR - com o Diário de Campo feito durante toda a vivência de estágio através do qual pude analisar de forma crítica cada encaminhamento, cada orientação dada pelo Serviço Social do CCR.

Para descrever e analisar esta trajetória o trabalho será assim apresentado: no presente capítulo, o primeiro, as considerações iniciais; no segundo capítulo situo o histórico da saúde no Brasil e as formas de Gestão da Saúde Pública; no terceiro capítulo trato da Gestão Social e Serviço Social, um breve histórico do Serviço Social e as novas perspectivas que a Gestão Social traz para a profissão na luta pela democracia e justiça social; no quarto capítulo, um pouco mais específico, apresento o Serviço Social no Centro Catarinense de Reabilitação, sua história, o papel do Serviço Social dentro desse Centro e traz algumas contribuições para o Centro; no quinto capítulo discorro sobre as considerações finais.

## 2 POLÍTICAS DE SAÚDE

### 2.1 Histórico das Políticas de Saúde

Para contextualizar o histórico da saúde pública, utilizou-se, principalmente, como referência Almeida (1995).

Do início do século XIX até meados dos anos 60, o Brasil foi tomado por epidemias, o que exigiu do sistema de saúde uma Política de Saneamento, para controlar e erradicar estas doenças que não paravam de aparecer.

Em 1902, o Brasil tinha como presidente Rodrigues Alves e este, por sua vez, queria fazer do Brasil uma capital parisiense. Tudo o que fosse prejudicial à higiene teria que ser derrubado. Muitos cortiços nessa época foram eliminados e as pessoas, conseqüentemente, ficaram sem ter onde morar – foi declarada uma verdadeira guerra aos pobres.

Até a década de 20, essa foi a principal função da política de saúde brasileira, ou seja, quem precisava de serviços de saúde precisava pagar por eles, e aqueles que não podiam acabavam procurando curandeiros, práticos, benzedeiros.

Em 1923, as ações de saúde pública foram incorporadas ao Ministério da Justiça, cabendo, assim, ao Estado o controle desta. Ainda em 1923, com a Lei Eloy Chaves, cria-se a Previdência Social no Brasil e a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAP – a qual foi destinada primeiramente para os ferroviários. Consistiam em um seguro social o qual dava o direito aos empregados de assistência médica, isso, é claro, após um desconto no salário.

Em 1933, novamente a assistência médica é deixada em segundo plano. No governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP - dividido por categorias.

A industrialização acelerada e o êxodo rural em crescimento a partir da década de 50, fizeram com que a demanda para os serviços de saúde aumentasse drasticamente. Começam a surgir grandes hospitais públicos, todos eles nos moldes americanos – fortalecendo, assim, a indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social. Esta teve como principal função a uniformização dos benefícios.

Em 1967, foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), unificando todos os IAPs.

Algumas ações desencadeadas por essa criação:

- extensão da cobertura previdenciária para quase a totalidade da população urbana e rural;
- privilegiamento da prática da medicina curativa individual assistencialista em detrimento da saúde pública;
- criação de um complexo médico-industrial;
- organização do sistema de saúde orientado para a lucratividade – privilégio para o produtor privado de serviços de saúde.

A partir de 1974, ocorre uma separação da área responsável pela assistência médica do país. Cria-se neste ano o Ministério da Assistência Social.

Até 1975, a saúde era organizada através do Sistema Nacional da Saúde. A partir de 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que buscava reorganizar e centralizar a previdência. São criados, também a partir deste ano, vários ministérios e institutos, entre eles<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Apontamentos realizados na disciplina de Serviço Social, Seguridade Social, ministrada pela professora Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão no segundo semestre de 2003.

- Ministério do Trabalho – Buscava segurança e higiene no trabalho, prevenção de acidentes e doenças profissionais e a realização de Programas de Preparação de Mão-de-Obra para o Setor de Saúde;

- Ministério da Educação – Tentava promover a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, técnico e auxiliar, para o setor saúde e manter os Hospitais Universitários ou de ensino;

- Ministério do Interior – Atuava em áreas de saneamento, situações de calamidade pública e orientava as políticas habitacionais com vistas à saúde de seus moradores;

- Ministério da Saúde – Voltava a atenção à saúde de interesse coletivo, epidemias. Também formulava a Política Nacional de Saúde;

- Ministério da Previdência e Assistência Social - Cuidava do atendimento médico assistencial individualizado e credenciava as entidades sem fins lucrativos para integrarem o Sistema Público.

Outros órgãos que foram criados nesse ano foram:

- DATAPREV – empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços;

- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;

- CEME – Central de Medicamentos.

Durante toda a década de 70, toda a saúde era financiada pelo Estado, conforme regia a previdência. Porém, começaram a surgir problemas, em função de alguns processos como:

- Grave crise financeira – desvios de verbas da previdência, megaprojetos do governo, estas são apenas algumas causas desta crise;

- A exclusão de parcelas expressivas da população – incapacidade para alterar os perfis de mortalidade.

Em função desses processos, surgem alicerces político-ideológicos para o surgimento da Reforma Sanitária.

Segundo Almeida (1995), em 1978 surge a necessidade de expandir a atenção médica, com baixo custo para a população excluída. A partir dessa demanda, surge a proposta de uma atenção primária seletiva, com tecnologias baratas e simples e com pessoal de baixa qualificação.

De acordo com Almeida (1995), em 1983 foi criada a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

O Movimento das “Diretas Já” marcou o ano de 1985. Esse movimento deu força para vários outros movimentos sociais, pois se percebeu que lutar por direitos, em alguns casos, gera resultado. Na área da saúde não foi diferente. Com esse clima de mobilização, é criada a Associação dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) ou Municipais (CONASEMS). A maior mobilização dessa área foi para a realização da Conferência da Saúde, que aconteceu em 1986. A Conferência de Saúde foi um dos acontecimentos de maior destaque no período, pois de forma totalmente democrática, juntou todas as esferas da sociedade civil, desde Militares, trabalhadores da saúde a trabalhadores em geral.

De acordo com Almeida (1995):

o resultado central da VII Conferência Nacional da Saúde constituiu o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais:

- O conceito abrangente de saúde;
- Saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- A instituição de um Sistema Único de Saúde.

Sem contar na implantação do SUDS (Sistema Único Descentralizado da Saúde) pelo poder executivo.



Juntamente neste contexto, ocorre a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988, esta em vigor até os dias de hoje.

A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, expressa nos artigos 196 a 200:

- conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal, derivado do exercício a cidadania plena e não mais como direito previdenciário.
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública.
- criação de um Sistema Único de Saúde –SUS (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade).
- Integração da saúde na Seguridade Social.

A Constituição de 1988, no que tange à Saúde, é tida como referência internacional em seu artigo 196 que define que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No período seguinte (1989 – 1990), foi elaborada a lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição, além da criação das constituições Estaduais e as Leis orgânicas dos municípios.

Neste mesmo período, inicia-se o processo de implementação do SUS. Segundo a Constituição Federal, art. 198, o SUS é definido como: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da Comunidade.

Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

- HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;
- PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidada na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Segundo Campos (1998, p. 161), o SUS passa por diversas dificuldades, devido à instabilidade institucional e da desarticulação organizacional, porém, apesar disso, podemos afirmar que o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas está sempre tendo problemas com o setor privado, que detém os serviços de alta complexidade e referência a nível secundário e terciário, uma vez que esses setores não se interessam em participar do modelo em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

## **2.2 A Gestão da Saúde Pública**

No período de 1991 a 1997, a política neoliberal de Estado Mínimo ganha força, juntamente com uma campanha privatizante. Com um discurso de redução de gastos

públicos, além da privatização de empresas estatais, essa onda de redução de custos acabou atingindo todos os setores do governo, e a saúde não ficou de fora.

Nessa fase, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB). Estas são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros; sendo que a primeira NOB editada foi em 1991 - conforme afirma Ministério da Saúde (2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços.

Segundo essa Lei, Estados e Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e aliado à quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Em 1993, é editada outra NOB, buscando, da melhor forma possível, efetivar o que realmente pregava a Constituição. A NOB 01/93 objetivava “disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde, na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde”.

Ainda em 1993, devido à criação do SUS e do comando centralizado do Sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto.

Em 1995, assume a presidência Fernando Henrique Cardoso, mantendo e implementando o Modelo Neoliberal, incorporando a este modelo a ideologia da globalização.

De acordo com Rouquayrol e Almeida (1999), após uma super campanha para a aprovação da lei que criava a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), o então Ministro da Saúde, Adib Jatene, consegue a aprovação do Congresso em 1996. Essa contribuição seria para financiar a saúde que andava cambaleando - os recursos dessa contribuição seriam exclusivamente aplicados na saúde. A lei passa a vigorar em 1997, porém todos os esforços do então Ministro foram em vão, pois o governo reduziu dos recursos destinados a união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF. Essa decisão acabou gerando o pedido de demissão por parte do Ministro da Saúde.

É editada, então, a NOB/96. Esta foi resultado de intenso debate e negociação, um processo que durou cerca de dois anos. A NOB revoga os modelos anteriores e propunha que os Municípios se enquadrassem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Esses modelos propunham a transferência, para os Municípios, determinadas responsabilidades de gestão, conforme pode ser visto no quadro a seguir:

<b>GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>GESTÃO PLENA DOS SISTEMAS MUNICIPAL</b>
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias.	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
Gerência de unidades ambulatoriais do estado e/ou da União.	Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União.
Introdução da prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.	Introdução da prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa

de referência interna ou externa ao município.	ao município.
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.
Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.	Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
Autorização à AIH e de procedimentos Ambulatoriais Especializados.	Autorização, fiscalização e controle das AIH e de Procedimentos Ambulatoriais Especializados e de alto custo.
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia.

FONTE: NOB/96.

É possível detectar as diferenças existentes no dois modelos de gestão, sendo a Gestão Plena do Sistema Municipal a de maior abrangência, transferindo para o Município um número maior de responsabilidades, principalmente no que diz respeito ao sistema hospitalar.

Essa NOB reformula e aperfeiçoa a gestão do SUS, na medida em que redefine:

- os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Essa NOB entrou em vigor apenas em 1998. Nesse mesmo ano, Fernando Henrique Cardoso é reeleito por mais quatro anos.

Logo depois, em 2001, é editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01, (NOAS-SUS 01/01), que demarca uma inflexão nas concepções e formulação de um novo padrão descentralizado, buscando reorientar o modelo subjacente às normas anteriores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As principais diferenças entre a NOB 96 e a NOAS 2002 são as seguintes:

<b>NOB 96</b>	<b>NOAS 2002</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Municipalização;</li><li>- Atenção Básica Limitada;</li><li>- PPI indefinida. Sistema de Referência não-regulamentado;</li><li>- Compromisso de gestão indefinido;</li><li>- Responsabilidade total na Gestão Plena do Sistema Municipal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regionalização;</li><li>- Atenção Básica Ampliada;</li><li>- Referência, contra-referência e pactuação da assistência (PPI);</li><li>- Termo de compromisso para garantia de acesso;</li><li>- Responsabilidade de acordo com a complexidade.</li></ul>

FONTE: Apontamentos realizados em sala de aula na disciplina Serviço Social e Seguridade Social: Saúde, no ano de 2003.

A NOAS busca trabalhar a saúde através de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistema funcionais de saúde de forma a garantir o acesso aos cidadãos e todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Objetiva a hierarquização dos serviços de saúde e maior equidade.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Apontamentos realizados na disciplina de Serviço Social, Seguridade Social: Saúde, no ano de 2003.

## **3 O SERVIÇO SOCIAL E A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA**

### **3.1 Histórico do Serviço Social**

O Serviço Social emergiu na sociedade quando uma crise, de natureza social no setor da economia política, interferia nos meios pelos quais a estrutura de sobrevivência e a metodologia de intervenção tradicional da cultura ocidental para resolver esses problemas entra em processo de ineficácia. Durante o século XIX, religiosos e pessoas solidárias, estudiosos e universidades procuram encontrar um caminho para as desigualdades. Em 1898, após o Congresso de *Charities Organization Society* (Organização da Caridade), foi criado o primeiro curso de Serviço Social da Universidade de Columbia, em Nova Iorque.

Em 1917, nos Estados Unidos, Mary Hellen Richmond publica o *Social Diagnosis* (Diagnóstico Social), passo importante para o formato de um Serviço Social Profissional. Esse diagnóstico identificava que era necessária uma sistematização dos então chamados “Atos Sociais” e que não bastava que eles fossem espontâneos, era necessária uma profissionalização desse trabalho<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Apontamentos realizados na disciplina de Serviço Social: Fundamentos Históricos Teóricos e Metodológicos, no ano de 2002.

Segundo Yamamoto e Carvalho (2001), as protoformas do Serviço Social têm suas bases nas obras e instituições que começam a surgir após o fim da Primeira Guerra Mundial. Inicialmente, a Igreja criou centros e instituições de ação social, que deram origem à fundação das duas primeiras escolas de Serviço Social no Brasil: a Escola de Serviço Social em São Paulo, em 1936, e a Escola de Serviço Social no Rio de Janeiro, em 1937 (hoje ambas integrantes de universidades católicas).

A Escola de Serviço Social de São Paulo foi a primeira instituída no Brasil e teve como semente o Curso Intensivo de Formação Social para Jovens, promovido pelas Cônegas de Santo Agostinho, em 1932. Ministrado por Mlle Adete de Foneaux, professora da Escola de Serviço Social da Bélgica, o curso resultou na criação do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo, o qual tinha sua finalidade voltada ao Estado, e ações baseadas na Doutrina Social da Igreja. O Centro de Estudos e Ação Social (CEAS), como a fundação da Escola de Serviço Social, deu-lhe estrutura, autonomia, personalidade jurídica e sua programação específica de apoio à Escola.

Em 1936, na Primeira Semana Social, Stela Faro fez uma palestra sobre a formação e recrutamento de pessoal, abordando a necessidade de se ter profissionais no trabalho social, e propôs a fundação de escolas de Serviço Social.

A Escola do Rio de Janeiro teve origem na Semana Social, e o Instituto Social estendeu a sua influência proporcionando a fundação de escolas em outros estados do Brasil (em 1941, Instituição Particular Católica, em Recife, e, em 1945, em Porto Alegre e Natal).

As matérias ministradas no curso de Serviço Social no período de fundação eram: economia, política, psicologia, sociologia, higiene, direito, prática de enfermagem, estatística, religião, pedagogia e serviço social. E eram distribuídas em 15 horas semanais intercaladas por trabalhos práticos como relatórios, inquéritos, visitas e estágios.



A partir da década de 40, a presença norte-americana no Serviço Social Brasileiro faz-se através de técnicas para o agir profissional, tendo como pressuposto teórico o funcionalismo. Posteriormente, já entre as décadas de 40 e 50, percebe-se a presença da chamada filosofia Tomista<sup>4</sup> aliada a técnicas norte-americanas. Neste momento, pensa-se que haverá uma ruptura com o pensamento católico, todavia, ocorreu uma convivência das duas posições.

Essa influência confirma-se com a Conferência Nacional do Serviço Social, realizada em 1941, promovida pelo governo norte-americano, na qual o Brasil se incluía. Nessa ocasião, os diretores das Escolas de Serviço Social da América Latina perceberam que as instituições norte-americanas ofereceriam bolsas de estudos para Assistentes Sociais sul-americanos para aperfeiçoamento e especialização. A partir desse projeto, viabiliza-se uma maior instrumentação para o Serviço Social (conteúdo técnico, metodológico e a perspectiva funcionalista).

Neste período, o Serviço Social brasileiro necessitava de um aparato instrumental e, diante das influências norte-americana e europeia, a solução aparece no Serviço Social norte-americano. Tal “solução” veio através de um acordo feito com os Estados Unidos em áreas financeiras, estendendo-se também para a cultural, onde, nesta última, incluía-se o Serviço Social. Esses acordos significavam mudanças técnicas na profissão que começa a sistematizar a teoria e a prática em termos de Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade.

Iamamoto e Carvalho (2001) afirmam que o Serviço Social de Caso teve uma grande influência da Sociologia e Psicologia que irá fundamentar esse método. No Serviço Social de Caso prevaleceu a preocupação com o indivíduo, suas emoções e sua personalidade. Herda, ainda dos norte-americanos, uma perspectiva funcionalista, presente nos métodos e na maneira de empregar as técnicas. Percebe-se, dentro de uma perspectiva cristã, o fato que nos é relatado por Nadie Kfoury, onde algumas escolas não aceitam o nome de “Serviço Social de Caso”,

---

<sup>4</sup> Tomismo afirma que o bem comum tem que ser proporcionado pelo Estado.

argumentam que caso estaria ligado ao contexto de anonimato e reduziria a pessoa à “coisa”, haja vista que as escolas reconhecem o Serviço Social de Caso dentro de uma concepção cristã, visando o respeito à personalidade do cliente enquanto pessoa dotada de destino sobrenatural. Logo, esse respeito à personalidade do cliente era enfatizado em alguns princípios como o individualismo, autodeterminação etc. O Serviço Social de Grupo tem uma visão mais voltada para a caridade e justiça dentro de um trabalho católico.

Neste período, a Organização das Nações Unidas (ONU) volta-se para o Serviço Social como instrumento no processo de desenvolvimento do Serviço Social de Comunidade, sendo que essas relações vêm a interlaçar um movimento no âmbito internacional.

A Organização das Nações Unidas (ONU) surgiu em 1945, com o objetivo de resolver os problemas dos países arruinados pela guerra (na qual os países desenvolvidos, com suas devidas questões, passaram a ter maior significação) tendo o intuito de desenvolver trabalhos que viessem a resolver os problemas de abastecimento desses países, através de medidas que reorganizassem o sistema econômico internacional com base no pleno emprego nos países industrializados. Após alguns anos do surgimento da ONU, os problemas das nações pobres começaram a aparecer em Assembléias, percebendo-se uma diferenciação em relação aos países industrializados. A partir desse período, a ONU passou a oferecer aos países subdesenvolvidos assistência técnica e financeira, juntamente com programas de ajuda aos países pobres, vinda através de uma perspectiva de preservar o mundo livre da ideologia não-democrática, o qual partem da idéia de que se as populações pobres têm maior receptividade ao consumismo, procurando assim desenvolver o sistema capitalista através de implantação de programas de desenvolvimento de comunidade.

Na década de 50, a ONU cria vários organismos, sendo eles divididos em “Assuntos Sociais” e “Unidade Comunitária”. Nesse mesmo contexto, a Comissão de Assuntos Sociais do

Conselho Econômico inclui em seus programas de trabalho temas como a “organização de centros rurais” para motivar a comunidade e as contribuições oferecidas pelas organizações de comunidades locais para ajudar os seus habitantes a resolver seus problemas. A ONU, também nesse período, deu assistência técnica aos governos que a solicitaram no sentido de incentivar a participação nos programas, áreas de educação fundamental, informação agrícola, saúde, e organização de cooperativas por parte da população atingida (esta década vem a ser marcada por um período de criação e implantação dos primeiros planos e programas desenvolvidos em comunidades).

Em 1960, sob o governo de Juscelino Kubtschek (JK), é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), nº 3807 de 26 de setembro de 1960, que tramitava no Congresso Nacional desde 1947, significando um dos maiores progressos da política previdenciária desde a sua origem. Ainda na década de 60, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), observando-se, assim, o processo de modernização do Estado.

Em 1965, o Serviço Social é marcado pelo Movimento de Reconceituação que dá origem ao I Seminário Regional Latino Americano de Serviço Social realizado em Porto Alegre - RS. O Seminário ratificou a relevância do Serviço Social ser inserido no processo de desenvolvimento a partir da realidade latino-americana.

No ano de 1967, na cidade de Araxá no estado de Minas Gerais, acontece o I Seminário de Teorização do Serviço Social, que denunciou os modelos e programas importados, procurando valorizar a cultura nacional. O desenvolvimento se fez presente neste encontro com o lema “Promover é Capacitar”, destacando o Serviço Social como elemento essencial à conquista desse desenvolvimento.

Logo após, no ano de 1970, o II Seminário de Teorização do Serviço Social, realizado em Teresópolis, foi norteado por uma discussão interna sobre os elementos técnico-

metodológicos da profissão. Nesta ocasião, não foi realizado qualquer tipo de análise crítica e global da realidade nacional e latino-americana.

De acordo com Yamamoto (2000), a década de 80 foi extremamente fértil na definição de rumos técnico-acadêmicos e políticos para o Serviço Social. Foi no contexto de ascensão dos movimentos sociais, das mobilizações em torno da elaboração e aprovação da Carta Constitucional de 1988, das pressões populares que resultaram no afastamento do presidente Collor, entre outras manifestações, que a categoria dos Assistentes Sociais foi sendo questionada pela prática política de diferentes segmentos da sociedade civil. E os Assistentes Sociais não ficaram a reboque desses acontecimentos. Ao contrário, tornaram-se um dos seus co-autores, co-participantes desse processo de lutas democráticas na sociedade brasileira. Encontra-se aí a base social da reorientação da profissão nos anos 80. Os Assistentes Sociais ingressaram nos anos 90 com uma categoria que também é pesquisadora, reconhecida como tal pelas agências de fomento. Por outro lado, amadureceram suas formas de representação político-corporativas, contando com suas formas de representação acadêmica e profissional reconhecidas e legitimadas pela categoria.

Em 17 de setembro de 1990, o Projeto-lei nº 3099/1989, referente à Lei Orgânica da Assistente Social (LOAS), foi vetada pelo Presidente Fernando Collor de Melo, revelando que a Seguridade Social é compreendida por constantes cortes orçamentários.

O ano de 1993 foi um ano de conquista para a categoria: foram promulgadas a Lei nº 8662 de 7 de junho de 1993, que Regulamenta a Profissão, e a LOAS, Lei nº 8742 de 7 de dezembro de 1993. Além disso, através da Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 273/93, de 13 de março de 1993, coloca-se em vigor o Código de Ética Profissional, que servirá de parâmetro normativo sobre os direitos e deveres do Assistente Social.

A implementação da LOAS foi um passo muito importante para a profissão e para todos os cidadãos, pois mesmo que a Constituição de 1988, em seu Art. 203, previsse que “A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social”, somente com a LOAS de 1993 é que a Assistência Social é efetivada como direito.<sup>5</sup>

### **3.2 Serviço Social e Saúde**

Segundo Bravo et al (2004), a formulação de uma política de saúde surge somente na década de 30 e, assim como as demais políticas sociais, a política de saúde teve caráter nacional.

O Serviço Social teve uma maior expansão a partir de 1945, e é nesse mesmo período que amplia sua atuação profissional na saúde. Essa área, por sua vez, acabou transformando-se no setor que mais absorveu os Assistentes Sociais. O “novo” conceito de saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que enfocava os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o Assistente Social. Isto devido ao agravamento das condições de saúde da população. A ênfase em equipes multidisciplinares nos acompanha desde esse período, uma vez que, para suprir a falta de profissionais, era utilizado pessoal de diversos níveis.

Segundo Bravo (1996), no pós-1964, o Serviço Social sofreu profundas transformações. Até então o Serviço Social não ameaçava o bloco hegemônico conservador que dominava o trabalho profissional, seja em entidades ou na produção de conhecimento. O que aconteceu a partir deste momento foi um questionamento por parte dos profissionais em relação a este conservadorismo, porém esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar, o qual

---

<sup>5</sup> Apontamentos realizados na disciplina de Serviço Social, Seguridade Social: Assistência Social, no ano de 2004.

neutralizou os protagonistas sócio-políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado.

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na Saúde não se alterou. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. Já na década de 80, há uma grande movimentação na saúde coletiva, que ocorrerá também no Serviço Social, o debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no Marxismo.

Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional da Saúde, o relatório dessa conferência serviu como base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal.

O Serviço Social na área da Saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua desarticulado do movimento da Reforma Sanitária e, com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão; além de insuficiente na produção sobre “as demandas postas à prática profissional” (BRAVO et al, 1996).

Segundo Souza (2001), o que precisamos nos preocupar é com a falta de articulação dos Assistentes Sociais no que diz respeito a poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por Assistentes Sociais e pouca participação dos Assistentes Sociais de unidades de saúde nos conselhos. O que nos remete a um questionamento sobre a relação teoria e prática. Teoricamente, o Assistente Social deveria participar e assessorar os conselhos - o que não ocorre na prática.

Observa-se, então, a necessidade de se romper com o Serviço Social tradicional, para então chegarmos a um projeto ético-político profissional que faça parte do trabalho prático cotidiano do Assistente Social.

Segundo Matos (2003):

Compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do Assistente Social tem que, necessariamente, ser articulado ao projeto da reforma sanitária.

Pode-se dizer que este, na atualidade, é o maior desafio do Assistente Social, não só na saúde, mas em todas as esferas em que atua: garantir o direito a cada cidadão. O profissional para trabalhar hoje, em qualquer área, precisa estar em constante aperfeiçoamento, porém, como estamos tratando especificamente na área da saúde, alguns pontos nos chamam a atenção.

Segundo Bravo et al (2004), para trabalhar na saúde o Assistente Social precisa:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços;
- Estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre a temáticas relacionadas a saúde.

Não existem fórmulas prontas sobre como se atuar em cada esfera da profissão. Existem apenas regras e atividades que devem ser cumpridas. O profissional de Serviço Social tem o

desafio de defender a democracia, as políticas públicas de qualidade, enfim, traçar estratégias para a defesa do *Direito Social* de cada cidadão.

### **3.3 Gestão Social e Serviço Social**

Ao se analisar o histórico da Saúde no Brasil, podemos perceber que houve muitos avanços. A criação do SUS e a regulamentação com as NOBS e com a NOAS que fizeram com que muitos dos direitos antes negados aos cidadãos passassem a ser respeitados.

Em contrapartida, esses avanços vieram junto o processo de globalização e o projeto neoliberal, que vai na contramão dos direitos sociais. Isto nos remete a outras compreensões no que tange às políticas públicas, bem como o fazer profissional. O Sistema Capitalista em que vivemos produz muito e gera muita riqueza, porém, a forma como se distribui as riquezas está cada vez mais desigual, hoje poucos têm muito e muitos têm pouco.

Estudos de Pereira (2002) afirmam que o ideário neoliberal vem dismantando as políticas sociais no Brasil que têm sido percebidas como instrumentos de concretização de direitos e cidadanias. Além disso, os direitos sociais têm sido, desde os anos 90, contestados por esse mesmo ideário, que preconiza o Estado Mínimo, que tem transferido para a sociedade civil a responsabilidade com a produção de bens e serviços de consumo coletivo.

As políticas sociais, entre elas as de saúde, caem, portanto, “nas mãos” do setor privado. Segundo Rico e Raichelis (1999:56):

Os governos neoliberais procuram reestruturar o Estado de Bem-Estar Social através da transferência de atividades de órgãos públicos estatais a empresas privadas, organizações sociais de caráter público não estatal (ONGs contratadas pelo Estado) ou a parcerias entre autarquias governamentais e entidades privadas. Há naturalmente forte resistência a esta reestruturação, por uma variedade de motivos, sendo o mais obvio deles que a variante neoliberal de



gestão social deixa de atender grande parte dos necessitados para estimulá-los a se auto-ajudar.

O profissional de Serviço Social acaba tendo que lidar com as mais diversas demandas, frutos dessa desresponsabilização do Estado. Essas demandas chegam aos Assistentes Sociais descredenciadas e, muitas vezes, os benefícios a elas concedidos são tidos como favores e não como Direitos. Cabe, então, ao Serviço Social esclarecer e orientar cada usuário, pois, segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (Art. 4º),

III – respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

Segundo Rico e Raichelis (1999), sabemos que a discussão sobre Gestão Social ainda é muito recente. Ainda pensamos que a organização da sociedade civil é apenas um motivo para desresponsabilizar o Estado, o que, se analisarmos a fundo, não é a mais pura verdade, pois uma sociedade civil organizada tem muito mais força para reivindicar seus direitos e cobrar do poder público.

Segundo Dowbor apud Rico e Raichelis (1999), vivemos em uma sociedade com grandes simplificações, ora muito liberal, ora estatista demais. Ninguém assume a responsabilidade de nada, todos tentam fugir passando para outra esfera a responsabilidade pelo social.

A Gestão Social hoje deveria ser democrática, ter compromisso com a sociedade e com os cidadãos e, principalmente, assegurar, por meio das políticas e programas públicos, o acesso efetivo aos bens, serviços e riquezas societárias, precisando, para isso, ter uma ótima estratégia.

Uma dessas estratégias é o de parcerias com do Estado com organizações não-governamentais e empresas privadas. Porém, essas parcerias são diferenciadas. O setor privado

deve ultrapassar o assistencialismo e o marketing social deve assumir efetivamente responsabilidades com o cidadão.

Segundo Bravo et al (2004, p. 91), antes de qualquer coisa é preciso avaliar a estrutura e o funcionamento institucional para conseguirmos avaliar o movimento dos serviços. Esses fatores são realidades formais, fruto das atividades e relações de atores envolvidos, e estes são permeadas por contradições. A unidade para análise é a totalidade que o serviço representa. Essa totalidade refere-se à “atuação do serviço”, que corresponde à rede de relações internas e externas, estrutura e processos que constituem aquela prática institucional.

A categoria ‘atuação do serviço’ retém não somente a base empírica das ações (registro de casos, atendimentos, procedimentos, caracterização da população-alvo e outras atividades), como também contempla as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais entre esta ação. (DESLANDES, 1997, p. 106).

Antes de criar uma relação de parceria, precisamos levar em consideração todos esses aspectos, uma vez que, caso não sejam levadas em consideração, o que seria necessário para efetivar os direitos acaba por negligenciá-los. É necessário que as redes que cercam todo o processo estejam comprometidas com o projeto ético-político da Instituição.

Segundo Rico e Raichelis (1999), faz-se necessário um estudo aprofundado das questões relacionadas a redes e parcerias e esse estudo passa pelo envolvimento de empresários, de administradores públicos, de políticos, de representantes comunitários e de profissionais da área de Serviço Social.

// Conforme Sarmiento (1999), durante um longo período o Serviço Social esteve vinculado a uma concepção tradicionalista a respeito da profissão. Com uma visão humanista-cristã, esta concepção estava voltada para a dimensão pessoal e social do homem. Nas últimas duas décadas, o Serviço Social passa por modificações e passa a intervir na reprodução da força de trabalho, buscando reconstruir as relações sociais. Essa condição redimensiona o fazer profissional do

Assistente Social. Tem-se, assim, um conjunto de novas configurações e demandas para a atuação dos Assistentes Sociais. Trata-se, pois, de um momento de mudanças significativas, que exigem que o profissional seja um executor terminal de políticas sociais.

De acordo com Sarmento:

É necessário ser um profissional qualificado na execução, gestão e formulação de políticas sociais públicas, com uma postura crítica e ao mesmo tempo, criativa e propositiva, ou seja, um profissional que possa responder com ações qualificadas que detectam tendências e possibilidades impulsionadoras de novas ações, projetos e funções, rompendo com atividades rotineiras e burocráticas, [...] (SARMENTO, 1999, p. 100).

Ainda segundo Sarmento (1999), essa nova função que está sendo incorporada pelos Assistentes Sociais requer um nível de conhecimento técnico muito mais amplo. O profissional precisa estar aberto às novas tendências, principalmente no que diz respeito ao desmonte das políticas sociais e da fragilização dos direitos sociais. É muito importante para o profissional buscar a apropriação crítica dessa nova função, pois, agora, com o processo de reestruturação produtiva, o que antes era tido como afronta, hoje pode ser um aliado, como, por exemplo, as parcerias e o voluntariado.

O voluntariado, na atual conjuntura, é uma estratégia que o Assistente Social, como gestor de políticas públicas, deveria tomar como uma forte parceria para o desenvolvimento de políticas sociais com maior equidade.

Considera-se como voluntário [...], a atividade não remunerada, prestada por pessoa física à entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade. (Lei 9.608, que dispõe sobre o serviço voluntário de 02/98).

Segundo Sarmiento (1999), administrar pessoas, recursos e serviços não é algo novo para o Serviço Social. Novo é o fazer profissional para além das ações antes voltadas e limitadas à execução de políticas sociais.

Seguindo esta vertente, de que o profissional de Serviço Social precisa estar atendo a novas tendências da profissão, Iamamoto afirma:

Possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas; se os Assistentes Sociais não o fizerem, outros farão, absorvendo progressivamente espaços ocupacionais até então a eles reservados. Aqueles que ficarem prisioneiros de uma visão burocrática e rotineira do papel do Assistente Social e de seu trabalho entenderão, como “desprofissionalização” ou “desvio de função”. A polivalência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalho temporários, o desemprego, são dimensões constitutivas da própria feição atual do Serviço Social e não uma realidade alheia e externa, que afeta “os outros”. (IAMAMOTO, 2001, p. 48).

De acordo com Sarmiento (1999), é preciso, portanto, reconstruir o perfil sócio-técnico e ideológico-político do profissional de Serviço Social. Isso implica conhecimento do profissional sobre o contexto de gestão privada e pública e suas diferenças e especificidades e interações. Porém, sem se adequar a um receituário. O importante é a garantia dos direitos sociais e o conteúdo a ser repassado na formação de novos valores, contemplando a direção social apontada pelo projeto ético-político da profissão.

## **4 O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO**

Para entender o funcionamento do Centro Catarinense de Reabilitação, e o processo de trabalho no Serviço Social em uma Instituição de Saúde Pública, faz-se necessário resgatar a história deste Centro.

### **4.1 Histórico do Centro Catarinense de Reabilitação**

O Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) foi idealizado pela Senhora Edith Gama Ramos quando um de seus netos, aos três anos e meio de idade, apresentou os sintomas de uma poliomielite leve e, como a família possuía recursos, vieram de São João Batista onde residiam para a capital a fim de realizar uma consulta médica com o pediatra Dr. Miguel Salles Cavalcanti, e obtiveram o diagnóstico rapidamente.

Dona Edith, vivenciando o acontecido e preocupada com aqueles que não teriam acesso aos recursos médicos com a mesma facilidade que seu neto, começou a pensar na criação de um Centro de Reabilitação.

A partir desse fato, congregou esforços vencendo várias dificuldades e, em 28 de outubro de 1961, presidia a reunião de fundação do Centro que passou a chamar-se Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR), assumindo a presidência o Senhor José Elias. Assim, os sócios fundadores dividiram-se em grupos com a finalidade de angariar os bens necessários para dar início às suas atividades específicas.

Enfim, em 17 de abril de 1962, a ASCR passa a ter uma sede, em um velho casarão na Rua General Bittencourt, 102, cedido pelo Serviço Nacional da Indústria (SENAI).

Em 31 de dezembro de 1970, houve uma modificação em sua estrutura quando é criada a Fundação Hospitalar Santa Catarina (FHSC), entidade de personalidade jurídica de direito privado, instituída pela lei n 3765, de 15 de dezembro de 1965, e modificada pela lei nº 4547 de 31 de dezembro de 1970, incorporando os bens móveis e imóveis da Fundação Hospitalar Catarinense, nos quais estava compreendida a ASCR.

Em 6 de julho de 1971, foi nomeado o primeiro diretor médico Dr. Luiz Fernando de Vincenzi (ortopedista) da ASCR. Assumindo suas funções, solicita ao Governador do Estado, Dr. Colombo Machado Salles, a construção de uma sede própria nos moldes de outros Centros de Reabilitação existentes no país. Portanto, Dr. Alfredo Daura Jorge, que respondia pela superintendência da FHSC, passou a procurar uma área para a construção de novas instalações. Em visita ao Hospital Nereu Ramos, decide ser aquele local o escolhido para a nova sede do atual Centro Catarinense de Reabilitação.

Finalmente, em 24 de setembro de 1973, o Centro é transferido para sua nova e atual sede, à Rua Rui Barbosa, 780, no bairro Agrônômica, em Florianópolis. A solenidade de inauguração contou com a presença de várias autoridades estaduais e federais da época, como o Governador do Estado, senhor Colombo Salles, o Secretário da Saúde, Henrique Prisco Paraíso, o Superintendente da FHSC, Dr. Alfredo Daura Jorge, e o Diretor do Centro, Dr. Luiz Fernando de Vicenzi e, concretizando o seu ideal, Edith Gama Ramos com seus familiares. Cortou a fita o Excelentíssimo Senhor Presidente da República, General Emilio G. Médici. A partir desta data, o Centro passou a ser dividido em setores específicos de tratamento:

- Setor de Ortopedia;
- Setor de Neurologia;
- Oficina Ortopédica, que nessa data passa a oferecer outros serviços como confecção de próteses.

Em 26 de março de 1975, assume a direção do Centro o Dr. Paulo de Tarso da Luz Fontes (ortopedista), permanecendo por doze anos no cargo. Na gestão de 1976 e 1980, foram criados mais três setores de tratamento:

- Setor de Reabilitação Cardíaca (pioneiro no estado, sob a responsabilidade do Dr. Antonio Silveira Sbissa);

- Setor de Fonoaudiologia;

- Setor de Pedagogia.

Com a criação do Setor de Pedagogia, foi firmado um convênio com a Fundação Catarinense de Educação Especial, onde o Centro de Reabilitação atenderia às necessidades clínicas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia educacional. A fundação daria todo o suporte técnico-educacional para o atendimento de crianças com necessidades especiais. Até hoje, este convênio vem sendo mantido através de renovações anuais, bem como, a função de articulação entre as duas instituições.

Em 9 de abril de 1987, o Centro recebe novo diretor, Dr. Paulo Zeni (reumatologista), permanecendo somente por dois anos e solicitando sua demissão em 19 de abril de 1989, sendo substituído pelo psicólogo Antonio Joaquim Alves, que assume em 27 de abril do mesmo ano. No decorrer desse ano, a unidade foi reformada e ampliada, num total de área de 655.75m<sup>2</sup>, sendo esta destinada somente à neurologia infantil.

Em 1991, assume as funções de diretor o Dr. Adalberto Michels (fisiatra), e o Centro passa por duas transformações estruturais importantes: a Fundação Hospitalar de Santa Catarina é extinta e o Centro Catarinense de Reabilitação é incorporado à Secretária de Estado da Saúde, conforme o artigo nº 39 da Constituição Federal e artigo I da Lei Complementar 281 de 11 de dezembro de 1989, que transforma o regime jurídico, passando de celetista para estatutário. A

pedagogia amplia seu atendimento e, ainda neste ano, passa a funcionar a “Neurologia Adulto II” com a finalidade de prestar apoio à fisioterapia.

Neste ano, é ampliado o serviço de pedagogia, propiciando ao setor de neurologia infantil a área de Informática Educativa e a área de Estimulação Visual. Também passa a funcionar o setor de neurologia adulto com a finalidade de prestar apoio à fisioterapia.

Passa a responder pela direção, no ano de 1995, o Dr. Hercilio Varella, marcando sua gestão a grande enchente de 95 que atingiu o Centro com grandes perdas materiais e, com isso, parte de sua história foi perdida. Em 1998, o Centro de Estudos da instituição recebe o nome do Dr. Paulo Fontes, em homenagem póstuma.

Retorna à direção do Centro, em 1999, o Dr. Adalberto Michels, estabelecendo novas modificações e, entre elas, criando o cargo de supervisão técnica como apoio à gerência técnica. Ele sugere aos setores de neurologia adulto e infantil que o atendimento passe a ser dividido em dois momentos distintos (individual e grupal). No ano seguinte, cria o Setor de Recursos Humanos com a capacitação e administração do pessoal seguindo diretrizes estabelecidas pela secretaria de estado da saúde.

Em 2003, retorna à direção do Centro o Dr. Hercílio Varella, na gerência administrativa Luiz Carlos Mariano e na gerência técnica Vitor Osmar Adamczyk. Em 28 de fevereiro de 2005, de acordo com a Lei Complementar nº 284, o nome da instituição passa de Associação Catarinense de Reabilitação para Centro Catarinense de Reabilitação.

O Centro Catarinense de Reabilitação é excelência como centro de referência para o Estado na área de reabilitação e confecção de órteses e próteses via SUS, atendendo todo o Estado de Santa Catarina e tendo como objetivo promover o desenvolvimento das capacidades sensório-cognitivas, motoras e emocionais, através de terapias integradas e específicas para o alcance da independência do usuário.



Na área de tratamento específico aos usuários, o Centro conta com:

- Fisioterapia adulto e infantil;
- Terapia Ocupacional adulto e infantil;
- Fonoaudiologia adulto e infantil;
- Enfermagem;
- Serviço Social;
- Hidroterapia;
- Psicologia adulto e infantil;
- Pedagogia;
- Neurologia adulto e infantil;
- Pediatria;
- Urologia;
- Fisiatria;
- Aplicação de toxina bultolínica (adulto e infantil);<sup>6</sup>
- Acupuntura;
- Concessão de prótese e órteses adulto e infantil;

---

<sup>6</sup> A toxina Bultolínica é aplicada em pessoas que possuem espasticidade (resistência que um músculo faz ao ser alongado. A toxina bultolínica bloqueia a liberação de acetilcolina na placa motora (lugar onde o nervo faz contato com o músculo). A acetilcolina é um neurotransmissor, ou seja, transmite a informação do nervo para o músculo, fazendo com que este se contraia. Como ela não é liberada, o músculo fica mais relaxado. O produto é aplicado em pequenas quantidades diretamente no músculo afetado, diminuindo a contração muscular excessiva e, portanto, aumentando a flexibilidade. Informações tiradas de informativos do CCR.

O Serviço Social no Centro Catarinense de Reabilitação esteve inserido na instituição desde sua idealização. No primeiro quadro de funcionários, o Centro contava com duas Assistentes Sociais, Dona Maria Terezinha Martins Peruchi e Irmã Regina Norma Giacomet.

#### **4.2 O Serviço Social dentro do Centro Catarinense de Reabilitação**

O Serviço Social no Centro Catarinense de Reabilitação atende às mais diversas expressões da questão social. Como é uma Instituição Estadual, a demanda é um tanto variada, de todos os níveis sociais, culturais e econômico. O Serviço Social atua juntamente com a equipe de reabilitação, prestando atendimento ao portador de deficiência física e seus familiares, fornecendo suporte a todas as áreas de reabilitação, inclusive no que diz respeito a orientações e encaminhamentos. Atualmente, o setor é composto por uma profissional e uma estagiária extracurricular, realizando, em média, 150 atendimentos mensais.

Atende aos usuários portadores das seguintes patologias:

PC - Paralisia Cerebral;

MM - Mielomeningocele;

MFC - Má Formação Congênita;

DNM - Doença Neuromuscular;

HEMI - AVC- Acidente Vascular Cerebral;

LM - Lesão Medular;

TCE - Traumatismo Crânio-encefálico;

O Serviço Social tem como objetivo otimizar a reabilitação, orientar e direcionar sobre os recursos externos da comunidade, esclarecer sobre direitos sociais para desenvolver autoconfiança e autonomia na vida pessoal.

Ações do Serviço Social:

- Levantamento do perfil socioeconômico para melhor direcionamento da reabilitação;
- Avaliação Social dos usuários que estão ingressando no setor de neurologia adulto e infantil, bem como amputados, realizando um levantamento do perfil socioeconômico do usuário;
- Orientação e encaminhamento para outras instituições;
- Administração das demandas e orientação ao usuário para aquisição de órteses e próteses;
- Encaminhamento para a obtenção de Carteira do Passe Livre para todo o portador de deficiência física elegível conforme patologia e lei municipal, intermunicipal e estadual;
- Orientação e encaminhamento para Benefício de Prestação Continuada – LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) art. 20<sup>o</sup>;
- Orientação e encaminhamento para tratamento fora do domicílio;
- Atendimento no Serviço de Plantão, realizando orientação e fornecendo informações acerca dos direitos trabalhistas, previdenciários, de saúde, aquisição de órtese e prótese entre outros. Essas orientações podem ser dadas tanto pessoalmente como por telefone;
- Mediação nos problemas familiares dos usuários do setor Neurológico Adulto, Infantil e ortopedia, visando a otimização e importância do envolvimento no processo de reabilitação;
- Participação na avaliação do processo de protetização com equipe multidisciplinar;
- Visitas domiciliares.

O Serviço Social é responsável pelo apoio social às famílias e usuários atendidos na instituição, atuando com o propósito de preparação dos usuários para a inclusão social, buscando

---

<sup>7</sup> Este benefício consiste na garantia do repasse de um salário mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às portadoras de deficiência física ou psíquica que não tenham condições de sobrevivência, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou por sua família e que atendam a determinados limites de idade e situação de invalidez, tendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho.

assim a minimização das dificuldades decorrentes da vulnerabilidade da deficiência e a carência que trazem consigo.

Visa, com isso, contribuir para que os usuários, as famílias e a equipe de trabalho tenham condições satisfatórias de alcançar os objetivos da reabilitação propostos pela instituição.

#### **4.3 Contribuições para o Centro Catarinense de Reabilitação a partir da pesquisa realizada**

Neste tópico, apresentamos algumas contribuições da temática Gestão Social para o CCR.

Em nossa pesquisa verificamos que pensar a articulação do Setor Social com o Setor Produtivo é um tanto recente, tendemos a achar que as empresas privadas só querem lucro, disso pode-se gerar a idéia de que o setor público não pode se misturar com o setor privado.

Apesar do debate ser recente, em nossa pesquisa verificamos algumas perspectivas discutidas pela Gestão Social ainda não em uso no CCR, as quais, por certo, contribuirão para a prática do Serviço Social, em seu trabalho de garantia de acesso aos direitos nesta Instituição.

A primeira sugestão para o CCR é a de parcerias. No setor de fisioterapia, todas as semanas passam vários estagiários da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Se fosse criado um sistema de parceria com essa Universidade, quem sabe não se teria um retorno maior, tanto em investimento financeiro, como pessoal. Sem contar que poderia ser mudada a forma como são realizados os estágios.

Parcerias com o setor privado hoje são uma estratégia tranqüila de se administrar, pois, diferente de alguns anos atrás quando, para as empresas, ao pensar em parcerias com setores públicos ou quando se falava em responsabilidade social, logo vinha em mente o tão famoso marketing social; hoje, essas empresas estão realmente comprometidas com o social e querem contribuir com a solução das desigualdades sociais.

O Serviço Social, durante muito tempo esteve vinculado a uma concepção tradicionalista, que estava voltada para a dimensão social e pessoal do cidadão. No CCR, não era diferente. O Assistente Social era o profissional da ajuda. Essa visão deixou marcas profundas em nossa profissão. Hoje, além de lutar contra um sistema de Estado Mínimo, onde o Estado acaba deixando de lado o social, ainda é preciso lutar contra o preconceito existente em nossa sociedade no que se refere ao Serviço Social. A Gestão Social contribuirá para o Serviço Social no CCR, uma vez que prega uma equidade no atendimento.

Avaliar a forma de gestão que se dá no CCR requer muito cuidado. Não só no CCR, mas em toda avaliação feita sobre a qualidade dos serviços prestados na área de saúde, é preciso levar em consideração muitos fatores, como estrutura, pessoal entre outros. Sabemos que, assim como diversos segmentos da esfera pública, a saúde apresenta um quadro bastante defasado de profissionais. A Política do Estado Mínimo acaba por retirar muitos dos recursos da área social e da saúde, e para o CCR não poderia ser diferente.

A segunda contribuição para o CCR é a articulação para que essa falta de recursos não afete diretamente o usuário. A alternativa para essa situação seria abrir um espaço para o voluntariado, o que no CCR, hoje, não existe. Esse voluntariado, através de campanhas, arrecadaria fundos para investir na melhoria contínua dos atendimentos realizados no CCR.

A última contribuição, talvez a mais importante, é relacionada à forma de gestão que se dá no CCR. Começar ouvindo as demandas de cada usuário que procura o CCR, quais suas expectativas perante a Instituição, ouvir o que poderia ser mudado. Sabemos que as condições da saúde no Brasil não são as melhores, mas se ouvirmos o que os usuários e os funcionários nos têm a dizer, quem sabe com pouco se consiga atender às necessidades de cada usuário que é atendido no CCR. A organização da Sociedade Civil gera um grande empoderamento dos grupos sociais, suas lutas geralmente tem um saldo positivo no que diz respeito à garantia de direitos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nós, Assistentes Sociais, vivemos em constante conflito com a História e seus estigmas e preconceitos. Ainda somos vistos como o profissional da ajuda, a profissão bonita de seguir. Para lutarmos contra isso, temos, muitas vezes, que usar de todas as habilidades que o curso de Serviço Social nos proporciona para explicar e re-explicar a importância de nossa profissão.

A cada dia, o profissional de Serviço Social precisa se propor a ter um amplo olhar para as relações de vida em sociedade, com novas propostas e um compromisso com as demandas dos excluídos da sociedade, tendo como instrumento a mediação entre os diversos segmentos que formam a estrutura social.

Vivemos em um país capitalista, neoliberal e globalizado, e sabemos todos os prejuízos que esse sistema nos proporciona, principalmente no que diz respeito a direitos sociais, portanto, se faz necessário traçar estratégias de ação. A Gestão Social, mesmo sendo um conceito novo, está ganhando seu espaço, e os profissionais de Serviço Social precisam estar preparados e abertos às novas formas de fazer profissional. Nesse contexto, as parcerias com o setor privado, o voluntariado, marketing social, aliado ao empoderamento dos grupos sociais são perspectivas a serem trabalhadas.

É necessário termos essa visão arrojada de gestão social, de gestão democrática, para não acabarmos atuando apenas em caráter emergencial, onde o Serviço Social deve-se colocar de forma pró-ativa diante das expressões da questão social. Uma das atribuições do Serviço Social é a garantia dos direitos e, seja qual for a atividade que irá desenvolver, estes direitos deverão estar assegurados, é isso o que importa. Segundo Sarmiento (1999), é preciso reconstruir o perfil sócio-técnico e ideológico-político do profissional de Serviço Social. Porém, isso implica conhecimento

do profissional sobre os contextos em que este estará inserido, seja ele na gestão pública ou privada, entendendo suas diferenças, especificidades e interações.

É preciso que o profissional de Serviço Social esteja aberto às novas tendências, que se apropriem desse novo método de gerenciar, nem que seja apenas para gerir o próprio setor, pois, assim, já perceberá mudanças em seu ambiente de trabalho.

O sistema que nos governa procura profissionais atualizados e receptivos às novidades que estão chegando. As parcerias entre os setores públicos e privados, muitas vezes criticadas pelos estudiosos de Serviço Social, hoje são estratégias para se garantir serviços de qualidade.

Atualmente, com a política do Estado Mínimo, muitos são os casos de instituições as quais os profissionais não conseguem desempenhar sua função como gostariam, devido à falta de recursos, falta de incentivo e mesmo falta de pessoal. Mesmo com todo esse desmonte do Estado o que não pode se perder de vista, e que deve ser encarado como um ponto forte para o Serviço Social principalmente do CCR, é que, mesmo que não se consiga fazer tudo o que se espera, mesmo que projetos não tenham o retorno desejado, as orientações, encaminhamentos e mediações ajudam a esclarecer o usuário quanto aos seus direitos. Todos que procuram o setor saem mais conscientes do que quando entraram.

“Esse é o trabalho do Assistente Social no CCR: orientar, esclarecer e mostrar quais os direitos a cada cidadão que o procura, não se envolvendo apenas com o trabalho burocrático e tirando apenas os frutos bons de cada processo.

O Serviço Social busca, assim, atuar na totalidade que envolve o indivíduo e, para isso, trabalha junto à sociedade, estabelecendo um vínculo forte e significativo, com uma proposta ético-política em defesa da democracia, dos direitos humanos e sociais e da justiça social.”<sup>11</sup>

A maior dificuldade encontrada para a realização deste TCC, foi a falta de material escrito sobre o tema e o tempo um tanto curto para o desenvolvimento do trabalho.

Mesmo com a falta de material é possível dizer que as informações obtidas nesta pesquisa fornecem alguns subsídios para a atuação dos Assistentes Sociais (e futuros Assistentes Sociais) frente às dificuldades impostas no cotidiano profissional. Cabe, então, dar prosseguimento ao debate em relação às práticas profissionais com vistas ao cultivo de inovadoras estratégias de atuação profissional.



## REFRÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: **Gestão de Serviços de Saúde, descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

BRASIL. **Constituição de 1988**. 10. ed. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Norma Básica Operacional do SUS**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência e à Saúde no Brasil**. Brasília, 2002.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. de.; GAMA, A. de S.; MONNERAT, G. L. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA, M.; TONON, L. M. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

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

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 12ª REGIÃO – CRESS. Lei. 8662/93. In: **Coletânea de Leis**. 2.ed. Florianópolis: CRESS, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei. 8080/90. In: **Coletânea de Leis**. 2.ed. Florianópolis: CRESS, 2001.

\_\_\_\_\_. Lei. 8842/94. In: **Coletânea de Leis**. 2.ed. Florianópolis: CRESS, 2001.

\_\_\_\_\_. Código de ética. In: **Coletânea de Leis**. 2.ed. Florianópolis: CRESS, 2001.

DESLANDES, S. F. **Concepções em Pesquisa Social**: articulações com o grupo da avaliação em serviços de saúde. Rio de Janeiro: 1997.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e Técnica de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1994.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: o trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: O processo Social de mudanças nas práticas sanitárias do SUS. São Paulo. HUCITEC - ABRASCO, 1995.

OLIVEIRA, H. M. J. de. **Assistência Social**: do discurso do estado à prática do serviço social, 2. ed. Florianópolis: UFSC, 1996.

RICO, E. de M.; RAICHELIS, R. **Gestão Social**: uma questão em debate. São Paulo: EDUC, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. São Paulo: MEDSI, 1999.

SARMENTO, H. B. M. Reflexões sobre Pesquisa e Processos de Formulação e Gestão. In: **Capacitação em Serviço Social e políticas sociais**. Módulo 4: O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000.

YASBEK, M. C. A escola de Serviço Social de São Paulo: no período de 1936 a 1945. In: **Caderno PUC**, São Paulo, n. 6, dez, 1980.