



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

TEREZINHA PFLEGER BAZIL

**SOCIAL E SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
O desafio da integralidade no cuidado**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 29/03/07


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

Florianópolis – SC
2006/2

TEREZINHA PFLEGER BAZIL

**SOCIAL E SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
O desafio da integralidade no cuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

Apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social á disciplina DSS 5330 – Trabalho de Conclusão de Curso, pela Acadêmica Terezinha Pfleger Bazil, matrícula: 01184288, totalizando um semestre para sua elaboração sendo que a pesquisa foi realizada no Município de Palhoça no Estado de Santa Catarina.

Orientadora: Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Florianópolis - SC, 2006/2

TEREZINHA PFLEGER BAZIL

**SOCIAL E SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
O desafio da integralidade no cuidado**

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.

Aprovado em: 29 / 03 / 2007

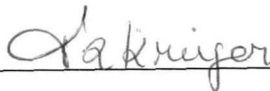
BANCA EXAMINADORA



Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Orientadora



Professora Dra. Claudia Voigt Espínola
1ª Examinadora



Professora Dra. Tânea Regina Kruger
2ª Examinadora



Enfª. Obstetra e ESP. Saúde da Família Luiziane Renata Feijó Senes dos Santos
3ª Examinadora

Florianópolis - SC, março de 2007

“É inerente a toda intenção e a todo desejo o mecanismo da sua realização... a intenção e o desejo têm, no campo da potencialidade pura, o poder da organização infinita. E quando introduzimos uma intenção no campo fértil da potencialidade pura, colocamos essa infinita organização a nosso serviço”.

Deepak Chopra

*Dedico este trabalho ao Deus da vida,
ao meu marido e filha, por estarem
sempre comigo nesta jornada compreendendo
minha ausência, pelos momentos de apoio e
permanente incentivo.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar força para seguir firme por toda minha caminhada e iluminá-la.

Ao meu marido Valério, pelo seu amor e Minha Filha maravilhosa Emily de 03 anos que sempre compreenderam minha ausência.

Ao meu pai em memória e a minha mãe que por mais longe que pudessem estar, sei de seus orgulhos por mim.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva em especial a enfermeira obstetra, Coordenadora da ESF Luiziane Renata Feijó Senes dos Santos.

Aos colegas de trabalho no Serviço Social da Saúde do Município de Palhoça, assistente social Jane Campos e Marilda Costa Duarte Zanellato, na qual, neste espaço de trabalho compartilhamos conhecimentos, ações, solidariedades, esperanças e maior valorização dos direitos sociais.

À professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, orientadora desse trabalho, que contribui com idéias, críticas e estímulo permanente para minha formação profissional.

A todos (as) os professores (as) do Departamento de Serviço Social e demais funcionários, que contribuíram para esse momento pessoal de aprendizado.

Aos colegas de curso pela convivência prazerosa e pelas experiências compartilhadas.

A todos os meus familiares, de alguma forma, em especial à minha sogra Lourdes, as minhas cunhadas Laurete, Ligiane e Rosane que se dedicam com muito carinho à minha filha, e que contribuíram para que este momento fosse possível.

A todos vocês o meu muito obrigada, pela colaboração nesta conquista de me tornar uma profissional de serviço social.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo principal evidenciar a importância do Assistente Social na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de estudos realizados em pesquisa de campo. As informações para análise, foram obtidas através de entrevistas junto aos profissionais integrantes das equipes de ESF no Município de Palhoça e também nas bibliografias disponíveis sobre o assunto. Realizou-se revisão bibliográfica sobre Política de Saúde Pública e ESF, procurando destacar alguns dos Determinantes Sociais de Saúde e Promoção da Saúde; os Conselhos de Saúde e Controle Social; e o Trabalho em Equipe. Tais aspectos foram correlacionados às funções desempenhadas pelo Serviço Social destacando a importância do seu papel e evidenciando a necessidade do profissional Assistente Social junto às equipes de Saúde da Família sendo que, os profissionais atuantes nas equipes relacionam o Serviço Social como uma área de extrema importância, e que os maiores problemas enfrentados hoje na ESF são de cunho social, ultrapassando as competências dos integrantes da equipe mínima deixando uma lacuna que deve ser ocupada pelo Assistente Social.

Palavras Chave: Serviço Social, Programa de Saúde da Família, Determinantes Sociais de Saúde, Promoção de Saúde, Questão Social.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACD – Atendente de Consultório Dentário
APS – Atenção Primária a Saúde
CD – Cirurgião Dentista
CDSS – Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CLS – Conselho Local de Saúde
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
INANPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS TABELAS

FIGURA 01: RELAÇÕES HIERÁRQUICAS ENTRES OS DIVERSOS DETERMINANTES DA SAÚDE.....24

TABELA 1: PROFISSÃO DOS ENTREVISTADOS.....65

TABELA 2: PROBLEMAS SOCIAIS MAIS VERIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS NA AREA DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES.....67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
SEÇÃO I.....	14
1.1 A POLITICA DE SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL.....	14
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – RESGATE HISTÓRICO	17
1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE – PROMOÇÃO DE SAÚDE	21
1.4 CONSELHOS DE SAÚDE – CONTROLE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE ..	28
SEÇÃO II	32
2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	32
2.1.1 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	35
2.1.2 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	39
2.2 PROPOSTAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE.....	44
2.3 TRABALHO EM EQUIPE.....	52
2.3.1 O TRABALHO EM EQUIPE NA ESF.....	53
2.4 TENDÊNCIAS E POLÊMICAS DA ESF	58
SEÇÃO III.....	64
3.1 APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	64
3.2 PROCESSO DA PESQUISA DE CAMPO – DA SAÚDE AO SOCIAL.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS	86

INTRODUÇÃO

No âmbito da Saúde Pública na Atenção Primária à Saúde, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na Constituição de 1988, que apresenta avanços no campo das políticas sociais e em especial na área da saúde, sendo que houve uma reformulação de pensamento da forma de agir em saúde pública, ampliando 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.

O controle e a concepção de saúde passam a ser entendidas como resultantes 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 intervém 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 à realidade social, conforme afirma LAURELL (1983, p.137), a *“natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”*.

Os fundamentos da forma de intervenção das questões de saúde eram direcionados á cura e a doença, nunca visualizando o ser humano como um todo bio-psico-sócio-cultural. Ao se colocar na Constituição, *“saúde como direito de todos e dever do Estado,”* chama-se a obrigação do Estado na implementação de políticas públicas direcionadas a área da saúde. Como alcançar este direito sendo que as ações e serviços de saúde eram centrados no modelo biomédico? Estes questionamentos permearam a discussão durante alguns anos e chegou-se a conclusão que era necessário

uma quebra de paradigma. Implanta-se um novo modelo de atenção à saúde que tem como foco de atenção o indivíduo inserido em uma comunidade, e não a doença. Este novo enfoque busca intervir principalmente na promoção e prevenção da saúde.

Posteriormente, na tentativa de consolidação do SUS e conseqüentemente o direito a saúde, implementa-se o Programa de Saúde da Família - PSF, reordenando o modelo assistencial vigente no Brasil. É considerado como uma estratégia a partir de 1997, trabalhando multidisciplinarmente envolvendo áreas da saúde como medicina, psicologia, enfermagem, odontologia, fisioterapia, serviço social entre outros. E aqui cabe ao Assistente Social a competência para intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, tendo a capacidade de captar o que há de social e relacionar com a questão de saúde intervindo nas questões de maneira interdisciplinar. 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 apud SANCHEZ, 2004, p. 52).

O profissional de serviço social trabalha com as expressões da questão social nas suas mais variadas aparências quotidianas, seja no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, entre outros. Reafirma-se, com o pressuposto da Associação Brasileira de Escolas em Serviço Social (ABESS) (1996, p.154) que 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 sócio-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 ampliar o entendimento sobre os diversos espaços que o Assistente Social pode ocupar enquanto membro integrante ao setor saúde, principalmente no que tange a área de Saúde da Família. As informações que subsidiaram a análise foram obtidas através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 33 (trinta e três) profissionais de 08 equipes de ESF, no Município de Palhoça, no período de janeiro de 2007.

Percebe-se que para haver o reconhecimento da importância do profissional Assistente Social na área de Saúde da Família, as pessoas devem primeiramente ter

consciência da real função deste profissional, muitas vezes confundida com ações voltadas ao assistencialismo, mascarando as verdadeiras intervenções de ações sociais. Citamos entre várias: a promoção da saúde, tido como um dos princípios da ESF, e a importância da intervenção de um Assistente Social nesta nova proposta de atendimento, para que ocorra uma visão mais ampla da questão saúde-doença, pois, promover, prevenir e recuperar faz parte do cotidiano, e é fundamental.

A inserção de profissionais para além da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde - Enfermeiro, Médico, Nível médio de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde - é uma questão polêmica, seja pela divisão de trabalho, devido à inversão de papéis ou por motivo dos custos adicionais, que passam a ser de responsabilidade do Município. Com exceção do odontólogo e o auxiliar de consultório dentário, que a partir de outubro de 2000, poderão ser incluídos na ESF, através de equipes de Saúde Bucal (ESB). O Programa de inscrição da Saúde Bucal apresenta dois tipos de modalidade: a modalidade I prevê a inclusão de um cirurgião – dentista (CD), e uma atendente de consultório dentário (ACD) para as equipes de Saúde da Família; já a modalidade II inclui também um técnico de higiene dental (THD) à equipe de Saúde Bucal. O artigo 1º da Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003 autoriza a inserção destas, de acordo com interesse e necessidade do Município nas equipes de ESF, na proporção de uma equipe de Saúde Bucal para cada equipe de ESF (BRASIL, 2003).

O Assistente Social, hoje, em Palhoça desenvolve um trabalho isolado seja, na Secretaria de Assistência Social ou no Plantão Social da Saúde, sem a interação com os demais Programas ou Secretarias. Percebemos então, a necessidade de trabalhar esta integração com as equipes de ESF que na minha concepção estão intimamente ligadas e não devem ser vistas ou trabalhadas em separado.

Perante isso, o trabalho apresenta-se em três seções:

Na primeira seção faz-se um resgate histórico e conceitual sobre a Política de Saúde como um Direito Social e o SUS buscando entender a trajetória mascarada dos direitos em saúde preconizados na Constituição Federal de 1988. Em seguida fala-se dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que devem ser vistos e trabalhados para melhor proporcionar e promover saúde, discorrendo sobre os Conselhos de Saúde enfatizando a importância da fiscalização, do controle de Políticas Públicas para opinar e exigir ações de caráter coletivo e de maior necessidade para a população.

Na segunda seção faz-se um resgate histórico da ESF, mostrando sua importância na atuação junto ao cidadão e sua família, logo demarcando o Serviço Social no âmbito desse processo nessa conjuntura de mudanças no mundo do trabalho,

destacando a importância do profissional de serviço social junto a estratégia, relatando suas competências e atribuições. Logo discorreremos brevemente sobre a proposta da ESF e as competências e atribuições da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, o trabalho em equipe e ele na ESF, finalizando com polêmicas e tendências no decorrer de sua reformulação.

A terceira seção enfatiza a real importância do Assistente Social na ESF, através da condensação de relatos colhidos pela acadêmica obtidos em entrevistas semi-estruturadas, aplicadas com 33 (trinta e três) profissionais de 08 (oito) equipes da ESF no Município de Palhoça.

SEÇÃO I

Esta seção abordará as políticas de saúde do Brasil, SUS, determinantes sociais, promoção de saúde e controle social realizando um breve histórico até os tempos atuais.

1.1 A POLITICA DE SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL

A área da saúde seja ela de nível primário, secundário ou terciário, constitui-se em uma das políticas mais conflitiva e exposta na nossa sociedade, porque ao mesmo tempo em que se encontra como “*direito de todos e dever do estado*” ela por outro lado, é abandonada a margem de uma infinidade de problemas emergindo diariamente nas várias esferas de governo. Acontece principalmente por ser uma política sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelos ajustes econômicos implantado em nosso país nas décadas de 1980 e 1990. Percebemos então, que este “direito de todos” não é um bem tão fácil de ser alcançado como está escrito na Constituição, muitos vivem a mercê de pessoas que distorcem leis e direitos, em vil benefício próprio, no qual vale os benefícios da lei para os amigos e aos que não o são o rigor dela (MATOS, 2000).

Convivemos diariamente com manchetes de noticiários em que pessoas morrem em filas de espera por necessidade de atendimento à sua saúde, ou por cobranças ilegais de um sistema de saúde que deveria ser gratuito. Esta situação social e de saúde, se agravam principalmente, porque há um aumento absoluto da parcela da população que se encontra em situação de pobreza, bem como se geram outros problemas, sobretudo pelo desemprego e pela precariedade do trabalho, configurando um quadro de enorme perversidade e complexidade acompanhado de um terrível incremento das desigualdades sociais e econômicas. Quem pode paga, quem não pode

espera na fila, esta é a situação atual na conjuntura da saúde em nosso país (NORONHA & SOARES, 2001).

Somente a partir da década de 1990 as políticas sociais e de saúde começam a ter uma dimensão integradora, porque até este período a Sociedade e o Poder Público estavam direcionando o cuidado de maneira focalizada, seja no indivíduo ou até de maneira reducionista, na doença. A maneira de olhar a saúde e o social até esta década, não nos permitiu ver holisticamente o ser humano, a vida em sociedade e as diversidades que os circundam (NORONHA & SOARES, 2001).

O sistema de saúde brasileiro entra na primeira década do novo século com grandes desafios, gerados pela política de ajuste neoliberal introduzida na última década. As ‘conquistas’ conseguidas com a criação do SUS e as Leis Orgânicas da Saúde, ainda não saíram do papel e encontram-se em processo de implantação a quase duas décadas, nos fazendo refletir sobre transformações significativas ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988, a qual incorpora as propostas do movimento sanitário (adaptado PELLEGRINI FILHO, 2006).

A saúde passa a integrar o tripé da Seguridade Social¹ 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. Resulta-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 pagasse particular ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, ou ainda se os hospitais se dispusessem a fazer o atendimento (BRASIL, 2001a).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, inicia-se um período marcadamente significativo no campo das políticas sociais, e na constituição de uma nova concepção de saúde e doença. Universalizaram-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

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, 2001a, p.117).

seu art. 196 (BRASIL, 2001a, p.186): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Segundo Nogueira, a aprovação do direito a saúde se:

“Expressa numa 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 (NOGUEIRA, 2002, p.154).”

A partir da Constituição de 1988, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, assegurado no artigo 198 (BRASIL, 2001a, p.187), organizado de acordo com algumas 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 operacionalizar 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, participação social, fundos de saúde, conselhos de saúde, conferências, plano diretor, comissão de planos e cargos, carreiras e salários e relatórios de gestão.

Tendo em vista a legislação, é de competência do 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, assegurada através da Constituição Federal de 1988, a organização básica das ações e serviços, quanto à direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera do governo no SUS, foram detalhadas na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Esta estabelece um novo modelo de política de saúde, caracterizando-a como uma política de cunho social, e dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e as respectivas competências nos vários níveis de governo. Foi complementada com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, alterada a partir dos vetos do então Presidente Fernando Collor de Mello a lei 8080/90. Essa Segunda lei

dispõe a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma de condições para a transferência intergovernamental 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 os serviços de saúde são explicitados como direito da 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. Para isso destaca-se: a percepção social da saúde como direito de cidadania e é dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa concepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos de 1970 e início dos anos de 1980. 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 visão diferente da tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde como ausência relativa de doenças (LUZ, 1995).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde caminham na tentativa de sua efetivação, porém o que vivenciamos é um processo repleto de entraves políticos, sociais e burocráticos atrapalhando o seu pleno sucesso.

Fundamentalmente, a intensão verdadeira de conquista dos direitos aos serviços de saúde, se reflete na idéia de construir a concretização da cidadania social que deve ser caminhada a passos firmes, mesmo que inicialmente ocorra individualmente para assim, talvez, mais além se conquiste politicamente um espaços organizado na sociedade civil.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – RESGATE HISTÓRICO

A partir das décadas de 1970 e 1980, difundem-se princípios baseados na universalização, atenção primária, integralidade da atenção e controle social, para a

reorganização dos serviços, foram tempos de grandes mudanças e novas propostas no campo da saúde em relação às políticas sociais (BRASIL, 2006a).

As transformações ocorridas com relação à saúde nesta época questionam o modelo médico assistencialista privatista, instalado durante o período militar que estava caracterizado com o contexto social pelo qual o país passava, ocorreu à despolitização da sociedade e violenta desmobilização através da repressão por parte do Estado. Ao final da década de 1970, este modelo de assistência à saúde apresentava muitas dificuldades, pois se originara de um processo excludente, no qual a maioria da população não tinha acesso aos benefícios previdenciários. Concomitante a este cenário, acontecia o “milagre econômico”, que garantia ao regime estabilidade autoritária e um amplo avanço da clientela previdenciária (CONNIL apud BERTONCINI, 2000).

No ano de 1978, após debates mundiais, é acordada durante a Conferência de Alma-Ata, a priorização da atenção aos cuidados primários de saúde, com o objetivo de alcançar as zonas periféricas e rurais com o modelo médico-assistencial. Em meio à crise econômica dos anos 1980, este modelo veio a corroborar com a proposta de oferecer serviços de saúde para a população excluída, com recursos mínimos e pouco qualificados. Este atendimento reducionista desencadeia um movimento contra-hegemônico que culminaria na Reforma Sanitária rompendo a crise da Previdência Social devido aos altos custos da assistência médica, da recessão e da crise fiscal do Estado, neste contexto, há um fortalecimento das idéias e interesses do projeto neoliberal e na conseqüente projeção do Estado mínimo (IBIDEM, 2000).

O movimento da Reforma Sanitária ganhou força quando, em 1985, os profissionais que estavam envolvidos no processo do movimento, foram chamados a ocupar cargos no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e no Ministério da Saúde, tendo grande significado para a institucionalização da Reforma Sanitária.

Em 1988 é promulgada a Nova Constituição Federativa do Brasil trazendo inúmeras inovações no campo sócio-político. Diante disto, a saúde fica assim definida pela Constituição Federal de 1988 em seu art. 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação”
(BRASIL, 2001a).

Dois anos após a promulgação da Carta Magna, foram implantadas as Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90 – Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulamenta o Sistema Único

de Saúde (SUS), como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]”.

Segundo a Lei 8080/90, a Universalidade, integralidade, igualdade, direito a informação e participação nos serviços de saúde em todos os níveis de assistência são alguns dos princípios que norteiam o SUS, descritos a seguir:

Saúde como direito: a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Tal se fará por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Integralidade de assistência: entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Universalidade: acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Equidade: igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos ou grupos de população.

Resolutividade: eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco que esta população está exposta.

Intersetorialidade: desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Humanização do atendimento: responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade, desenvolvendo relações de vínculo entre as equipes de profissionais e a população garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Participação: democratização do conhecimento do processo saúde doença e dos serviços, estimulando e valorizando os profissionais de saúde e a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

O SUS reflete três níveis de atenção à saúde, mas focalizaremos somente a operacionalização da Atenção Básica, que abrange o nível de atendimento da saúde da família.

A atenção básica ou primária, é definida como área estratégica para a atuação em todo o território nacional para eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (EVANGELISTA et al, 2004).

Segundo Ministério da Saúde:

“A atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigido a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006a, p 10).

Diz ainda que a Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. E traz o Programa de Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a).

Ao levarmos em consideração a referência do Ministério da Saúde, há um conceito amplo de saúde, no qual se deve levar em conta a integralidade do sujeito, e este deverá ser o fator norteador no processo de mudança de pensamento e comportamento, no qual a fragmentação do cuidado e da visão do social serão gradativamente substituídos pela totalidade, integralidade e universalização da saúde e do social. O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, estando incluído nesta condição e, não obstante os avanços até aqui conquistados, a sua consolidação parecem continuar em processo de implantação (BRASIL, 2006b).

Observando a realidade, o que assistimos são sucessivas e constantes crises fortalecendo o complexo médico industrial de medicamentos, equipamentos e especialidades, gerando uma privatização velada dos serviços que deveriam ser de direito do cidadão por gratuidade, de fácil e rápido acesso, mas não o são. No entanto, é visível que não se tem uma efetiva implantação do sistema na rede pública. Estes fatores vêm causando nas últimas duas décadas a falência de um sistema de saúde ainda em implantação devido à ineficiência e ineficácia dos gestores Federais, Estaduais e Municipais (MENDES, 1993 apud SANCHEZ, 2004).

Apesar de todos os avanços referentes ao apoio legal, no que diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde, pode-se dizer que a conjuntura atual tem feito com que esses direitos adquiridos socialmente, percam força em função da política neoliberal vigente, fomentando a aplicação sem dar subsídios (MENDES, 1993 apud SANCHEZ, 2004).

1.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE – PROMOÇÃO DE SAÚDE

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BUSS et al, 2006).

Esses determinantes influenciam os estilos de vida já que as decisões relativas, por exemplo, ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras estão também condicionados pelos DSS.

Sabe-se hoje, também, que a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos, neste sentido, BUSS et al (2006) afirma que a situação de saúde da população de cada sociedade está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com processos reprodutores e transformadores.

O verdadeiro enfoque que deve ser dado a promoção de saúde se refere à possibilidade de abrir novos horizontes através da abrangência dos mais diversos fatores que possam interferir no processo de saúde-doença, com a finalidade de identificar e

neutralizar as causas determinantes deste, gerando condições favoráveis a prevenção e promoção da saúde. Se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população, e também conhecer as mais diversas condições de vida em sociedade e as relações existentes nela. Neste contexto, a promoção da saúde é uma ferramenta de intervenção da realidade que se apresenta (GUTIERREZ, 1997 apud LAURINDO, 2004).

A carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*”. Há que se considerar a diferença entre promoção e prevenção.

BRASIL (2006b, p. 09) diz que “*os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver*”.

Esta definição de promoção parte de uma concepção ampliada de saúde que, mais do que ausência de doença, é aqui entendida como um direito que deve ser garantido e preservado, sendo determinada pelo acesso à renda, moradia, alimentação, educação, trabalho, lar, transporte e serviços em geral, tendo reflexo também, nas atitudes e escolhas cotidianas.

A saúde é um processo em permanente construção, sendo, ao mesmo tempo, individual e coletivo, e “*é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida*” (CARTA DE OTAWA, 1986).

Baseada em BRASIL (2006b) é nesta perspectiva que fundamentamos a promoção da saúde se dando plenamente, sendo fundamental que ela não se restrinja ao setor saúde, devendo ser construída por meio de uma ação intersetorial² do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade. Devemos também definir, programar, implantar e avaliar políticas e programas que pretendem interferir nessas determinações. Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos, como também para a sociedade em seu conjunto, buscando com isso

² Intersetorialidade: é entendida como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros, e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004 apud BRASIL, 2006b, p.09).

conseguir o apoio político necessário à implementação de intervenções, como: produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde; promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional relacionadas aos DSS; e atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.

Promover saúde é ir além dos cuidados de saúde, isto é, a promoção dá enfoque para as conseqüências que as decisões dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores podem acarretar na área da saúde, porque a política de promoção de saúde objetiva a identificação e a retirada dos entraves para a adoção de políticas públicas saudáveis nas áreas intimamente ligadas à saúde. *“A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria nas condições de saúde”* (CARTA DE OTAWA, 1986).

Esta questão é tão emergente na atualidade que em 13 de março de 2006, foi sancionado um decreto (ANEXO 01) que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS.

“A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isto aumentam as opções disponíveis, para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, lares, nos locais de trabalho e outros espaços comunitários” (CARTA DE OTAWA, 1986).

Segundo BUSS et al (2006) os pesquisadores Dahlgren e Whitehead propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entres os diversos determinantes da saúde.

FIGURA 01: RELAÇÕES HIERÁRQUICAS ENTRES OS DIVERSOS DETERMINANTES DA SAÚDE.



Fonte: BUSS et al (2006)

Além da intersetorialidade, outros princípios devem nortear as iniciativas de promoção da saúde: o da equidade, vinculado ao compromisso ético de diminuição das equidades; o do desenvolvimento humano e social; o da diversidade, que valoriza a riqueza das diferenças entre as pessoas e culturas; e o da qualidade de vida no ecossistema (BRASIL, 2006c).

A partir desses princípios, os campos de ação da promoção da saúde abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços de saúde; o desenvolvimento de habilidades pessoais e o esforço à população (BRASIL, 2006c).

As estratégias de promoção e proteção da saúde têm privilegiado a atuação sobre os fatores de risco individuais, atuando principalmente sobre os indivíduos mais expostos ao risco. Frequentemente estas estratégias de aconselhamento individual são pouco eficazes, porque não levam em conta alguns determinantes sociais, como os fatores culturais, por exemplo.

Preocupar-se somente com as pessoas mais expostas aos fatores de risco é, portanto, pouco eficaz quando se quer diminuir a incidência de determinadas doenças em uma população, já que as causas das incidências a nível populacional em geral estão relacionadas aos determinantes sociais que exigem intervenções populacionais. Estudos mostram as relações entre experiências psicossociais subjetivas e aspectos relacionados à organização social que vêm permitindo começar a entender como a saúde é afetada por estas (OMS, 2005).

Assim, fica claro segundo BUSS (2003) que se procurarmos diminuir as iniquidades buscando apenas mudanças de comportamento, o efeito será bastante limitado. Para um maior impacto, será necessário atuar principalmente sobre as desigualdades nas condições de vida, visando que é muito difícil estabelecer um limite que nos permita separar claramente o que são determinantes sociais e o que são determinantes individuais.

As próprias características biológicas do indivíduo, como idade, sexo ou raça, terão repercussão sobre a sua saúde, dependendo da maneira como a sociedade atribui papéis funcionais diferenciais aos indivíduos de acordo com essas características. Essa distinção é importante, pois permite identificar claramente o que são desigualdades e o que são iniquidades.

Evidentemente, as condições de saúde de um grupo de jovens comparada com a de um grupo de idosos será diferente. O mesmo pode-se dizer se compararmos um grupo de homens com um grupo de mulheres, já que cada um tem doenças próprias do sexo masculino ou feminino. Essas são desigualdades que aceitamos como naturais BUSS (2003)

No entanto, é diferente o caso de desigualdades na saúde de homens e mulheres, com evidente prejuízo de um ou de outro grupo, ocasionadas pela condição de pertencer a um determinado gênero, ou seja, devido aos papéis diferenciais que a sociedade atribui a indivíduos de acordo com o sexo. Estamos, então, diante de desigualdades que não são naturais; são socialmente determinadas e devem ser combatidas por serem injustas e evitáveis.

Para a comissão dos determinantes sociais em saúde as desigualdades são divididas em níveis, como mostramos:

Primeiro Nível: Individual

A atuação consiste no fortalecimento ou empoderamento dos indivíduos. Isso significa apoiar pessoas em circunstâncias desfavoráveis ou fortalecer sua capacidade de decisão para enfrentar as influências advindas de outros níveis de determinação. Principalmente através da informação e da motivação, estratégias essas que buscam apoiar mudanças de comportamento em relação aos fatores de risco pessoais ou lidar melhor com as influências negativas advindas de suas condições de vida e trabalho. Alguns exemplos: educar pessoas que trabalham em condições monótonas a lidar com o

estresse, aconselhar pessoas que se tornam desempregadas para ajudar a prevenir o declínio da saúde mental associado a essa condição, e promover clínicas para parar de fumar. Os serviços de aconselhamento para pessoas desempregadas não reduzirão a taxa de desemprego, mas poderá melhorar os piores efeitos do desemprego sobre a saúde, e assim prevenir maiores danos.

Segundo Nível: Redes Sociais e Comunitárias

Um dos principais mecanismos pelos quais as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste dos laços de coesão social, a debilidade das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Essas relações são também fundamentais para o combate à pobreza, já que além da falta de acesso a bens materiais, a pobreza é também a falta de oportunidades, de possibilidades de opção, de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade a imprevistos. Além da geração de oportunidades econômicas, o combate à pobreza deve também incluir medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e o aumento das capacidades dos grupos desfavorecidos para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituírem-se, enfim, como atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social.

Esse nível de atuação tem, portanto, como foco, a união das comunidades em desvantagem para obter apoio mútuo e, dessa maneira, fortalecer suas defesas contra os danos na saúde.

Terceiro Nível: Condições de Vida e Trabalho

Esse nível refere-se à atuação das políticas sobre as condições físicas e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar um melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, emprego seguro e realizador, alimentos saudáveis e nutritivos, serviços essenciais de saúde, serviços educacionais e de bem-estar e outros. Essas políticas são normalmente responsabilidades de setores distintos, que freqüentemente operam de maneira independente. A idéia é obrigar o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.

Quarto Nível: Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais

Essa forma de atuação se refere às mudanças macroeconômicas e culturais que visem promover um desenvolvimento com melhor distribuição de seus frutos, reduzindo as desigualdades e seus efeitos sobre a sociedade. Nesse nível, estão incluídas políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de fortalecimento dos valores culturais e de proteção ambiental.

Para existir maior equidade nestas questões a intervenção deve acontecer de maneira que se promovam intervenções nesses diversos níveis de determinações, tendo como objetivo central a promoção da equidade em saúde e articulando suas diversas linhas de ação em torno desse objetivo comum. Para isso, devemos contar com diversos elementos facilitadores, entre eles a pluralidade e diversidade dos vários segmentos das esferas Federais, Estaduais e Municipais, o que facilita a necessária mobilização de diversos setores da sociedade.

A promoção da saúde estaria relacionada às ações e decisões que visem atuar sobre determinantes das condições de vida de uma sociedade favorecendo as práticas que contribuem para a manutenção da saúde como alimentação saudável, atividade física e muitas outras.

Outro importante elemento facilitador é sua conscientização da diversidade das causas de DSS, que muitas vezes são vistas em parte e não como um todo e a complexidade que ela necessita.

A atenção básica de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para a reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e do exercício da cidadania (BUSS, 2003).

A autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim com a vida (CAMPOS & BELISÁRIO, 2001), sem, portanto, desconsiderar que as soluções para os problemas passam por ações que devam ter sustentação cultural, política e econômica.

O desafio é ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse cotidiano. O importante é buscar o equilíbrio possível (BRASIL, 2006c).

As ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio que estão relacionadas com iniciativas dirigidas aos indivíduos e coletividades e, também, ao ambiente, aqui entendido como os diversos âmbitos da vida cotidiana (comunidade, escola, ambiente de trabalho, meio de comunicação, comércio etc.).

De acordo com GUTIERREZ apud CZERESNIA (2003), a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-las mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente.

Para a promoção da saúde o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias (GUTIERREZ apud CZERESNIA (2003).

O Serviço Social tem um desafio nesta questão que é ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando assim as mudanças possíveis. Portanto percebemos o quão complexa é a questão dos determinantes sociais em saúde. Porém, se fazia necessária esta explanação para uma contextualização das causas sociais que interferem na saúde.

1.4 CONSELHOS DE SAÚDE – CONTROLE SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE

Segundo a definição dada na IX Conferência Nacional de Saúde, controle social é capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na

definição das prioridades e metas dos planos de saúde (CARVALHO, 2001 apud EVANGELISTA et al, 2005).

A participação da população e o exercício do controle social possibilitam o estabelecimento de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, no qual há abertura do Estado para que a sociedade participe de suas decisões, podendo orientar e direcionar a construção de uma sociedade mais justa, solidária e comprometida com a cidadania.

Nesse contexto, foram propostos e criados os Conselhos de saúde (Lei Orgânica da Saúde – LOS, inicialmente pela lei 8.080/90 e mais tarde com a lei 8.142/90), com o objetivo de controlar as iniciativas do Estado, assegurando a implementação da política de saúde no marco dos princípios do SUS.

Os conselhos de saúde são compostos por usuários, gestores da saúde, prestadores de serviços públicos e privados, e trabalhadores em saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. Ou seja, tem que ser composto por 50% de usuários e os outros 50% entre as demais entidades - prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde - (LEI 8142/90).

O segmento dos usuários conforme a lei, deverá ele ser composto por representantes de organismos ou entidades privadas, ou de movimentos comunitários, organizados como pessoas jurídicas, que lutam na defesa de interesses individuais e coletivos na área social e econômica ou escolhidos nas Conferências de Saúde (LEI 8142/90).

Os representantes do Governo são aqueles de órgãos ou entidades de administração pública, de origem do governo Municipal, Estadual ou Federal. Os prestadores de serviços são representantes das instituições que atuam no setor de assistência à saúde, prestando serviços, atendendo à população (LEI 8142/90).

Os profissionais de saúde incluem todos os responsáveis pelas atividades de assistência à saúde, técnicas administrativas dos órgãos e entidades públicas ou privadas do setor saúde (BRASIL, 1994).

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde (Nacional, Estadual, e Municipais) são espaços institucionais importantes para o exercício do controle social. A comunidade e, não apenas o governo deve participar das decisões, propor ações e programas para resolução de seus problemas de saúde e, principalmente, controlar a qualidade e o modo como está sendo desenvolvida a oferta de atenção. Deve ainda fiscalizar a aplicação dos recursos públicos destinados à saúde (BRASIL, 1994).

RODRIGUES (2000) destaca o papel dos Conselhos de Saúde no controle social e percebem que a conquista desta instância no arcabouço legislativo brasileiro foi uma vitória dos movimentos sociais organizados, dos sindicatos e associações comunitárias. Para efetivamente ocorrer este controle através dos conselhos de saúde, é essencial que estes estejam instrumentalizados para atuarem dentro de suas competências. Se o gestor não estiver atuando de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, é o Conselho de Saúde que deve intervir.

As competências dos Conselhos de Saúde, no âmbito municipal, estadual ou nacional, estão estabelecidas na Resolução Nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de novembro de 2003 (ANEXO 02).

Para os Conselhos Locais de Saúde (CLS) não há uma definição quanto às competências, o regimento interno é definido pelos conselheiros. A constituição dos CLS segue a lógica da delimitação das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), entendendo-as como espaços de discussão onde as pessoas tenham poder de decisão sobre as políticas a serem desenvolvidas, e podem constituir instrumentos importantes para a descentralização do SUS.

Para CAMPOS & BELISÁRIO (2001), deve-se respeitar o fato de que cada comunidade é única e redefini-las como uma categoria da realidade social, com atores capazes de determinar e intervir sobre seus reais problemas.

WALZBERG (2004) apud EVANGELISTA et al (2005) refere que a promoção e a disseminação da formação de CLS em todas as Unidades Básicas de Saúde é uma excelente estratégia para a ampliação do controle social sobre o SUS, se os mesmos cumprirem o seu papel de representar a comunidade. Para tanto é preciso garantir não só a sua constituição paritária, mas principalmente seu funcionamento realmente paritário.

Assim como os conselhos, as conferências de saúde reúnem também os representantes dos diversos setores da sociedade. Mesmo não tendo poder deliberativo, as conferências têm legitimidade, pois mobilizam entidades, organizações da sociedade e os trabalhadores da área. As conferências propõem ou indicam ações e políticas, e devem acontecer a cada quatro anos, sendo convocadas pelos dirigentes de saúde, de acordo com cada nível de governo (Federal, Estadual e Municipal) (EVANGELISTA et al, 2005).

Diante do exposto, torna-se visível que o controle social efetiva-se através da participação efetiva da sociedade civil e, portanto, torna-se fundamental discutir, ainda

que brevemente, esta categoria, que é a participação social. Porém, as ações de saúde desenvolvidas enquanto práticas sociais apresentam-se intrinsecamente condicionadas pelo movimento sócio-histórico da sociedade e as diversas concepções que se tem a cerca da saúde.

“A primeira idealização do modelo desenvolvimentista vê a saúde como consequência direta do próprio desenvolvimento...” (DÂMASO, 1989, p.75), sendo que o próprio desenvolvimento seria responsável em proporcionar saúde à população.

Para RESENDE (1989), o processo saúde-doença e as ações desenvolvidas para preservar a saúde e combater a doença são guiados pela ideologia dominante, no contexto social, econômico e cultural das várias épocas da história. Sendo a saúde uma consequência esperada da produção econômica, e a doença como subproduto da pobreza. Modelo esse, calçado na ideologia funcionalista, pois concebe a realidade da pobreza como um desvio, e conseqüentemente, a doença também é considerada sob a mesma concepção.

SEÇÃO II

Após um breve histórico sobre as políticas de saúde pública, resgatando a importância do sistema de saúde, faremos um resgate bibliográfico sobre a ESF, o serviço social no âmbito da ESF, competências e atribuições do Assistente social e do mesmo na ESF, dos membros da equipe mínima e sobre trabalho em equipe, com as tendências e polêmicas sobre a Estratégia.

2.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A história da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, atendendo as indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde. Desde então, iniciou-se o enfoque à família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo, e também foi introduzida a noção de área de cobertura por família. Na verdade, o ministério institucionalizou nesse momento, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Norte e Nordeste do Brasil (VIANNA E DAL POZ, 2005).

Surgiu em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), valorizando os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade (SOUZA, 2000).

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 às 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 foi concebido pelo Ministério da Saúde para contribuir, a partir da atenção básica, na reorientação do modelo assistencial na organização dos serviços de saúde, em conformidade com os princípios do SUS e não “paralelo ao SUS”. Visava imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidade, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Segundo BRASIL (1998) as equipes de ESF têm 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 qual a população está exposta;
- ✓ Eleger a família e o seu espaço social como o 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 e;
- ✓ Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, entre outros.

O Ministério da Saúde enfatiza que o PSF também reafirma e incorpora os princípios e diretrizes do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, tendo-a como aliado nas práticas e questão que envolve a saúde (BRASIL, 2006b).

São envolvidas neste trabalho equipes multiprofissionais compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de agentes comunitários, que poderão ser ampliadas a critério do município, vinculadas a cerca de mil famílias (3.000 a 4.500 pessoas), dedicando tempo integral - 40 horas semanais - em unidades muito próximas à população a ser atendida. O território, definido em cada área, onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes é subdividido em microáreas. O número de microáreas corresponde a subdivisões do universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas (SAMPAIO & LIMA, 2004).

Outros profissionais, a exemplo de Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (BRASIL, 1997). O incentivo¹ do Ministério da Saúde para a implantação das equipes (ANEXO 03), é somente para a equipe mínima, para a odontologia e ACD. Outros profissionais a serem inseridos as verbas a serem investidas devem ser de responsabilidade do Município, por isto a dificuldade de implantar equipes de referência ou outros na própria equipe que não sejam os da mínima proposta.

O PSF como se pode perceber se estrutura com equipes multiprofissionais, tendo como foco central a descentralização das ações com visão na família e na comunidade, estabelecendo-se vínculos de compromisso e de responsabilidade entre profissionais e população, para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos da saúde. 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 realizadas 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, 1998).

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

O Programa enfatiza o exercício de práticas de humanização da atenção, como atividades de visita e internação domiciliares realizadas pela equipe de Saúde da Família, sendo que nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Os profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

¹ Os valores variam de acordo com a população e a porcentagem de cobertura de PSF.

(...) responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos" (VERDI et al, APUD CAMPOS; 1997, p.153).

É importante destacar que a partir de 1997 o PSF alcança a condição de Estratégia, passando a ser chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), propondo o reordenamento do modelo assistencial, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica. E através da ESF teve uma adesão significativa pelo Brasil, registrando crescimento significativo no número de equipes desde sua implantação. Em seu início em 1994 foram implantadas 328 equipes de Saúde da Família, em Setembro de 2006 eram 26.650 equipes, estando presente em 5.560 municípios. Em Santa Catarina, no ano de 2001 eram 1006 equipes, e em setembro de 2006, 1190 equipes (Baseado em BRASIL, 2006b).

Salientamos ainda alguns aspectos da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, citada em BRASIL (2006a), aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, no qual reforçam a importância de profissionais de Serviço Social no campo de atuação da Atenção, destacando o seguinte na pg. 20:

CAPÍTULO II - Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família - PRINCÍPIOS GERAIS: a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2.1.1 O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pensar o Serviço Social no âmbito da ESF faz nos remeter primeiro à questão social que se fundamenta no mundo do trabalho da sociedade capitalista.

O período histórico de transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista ocorreu no final do século XIX, a partir daí ele interfere de forma funcional e estrutural no Estado, e o que acontece nesse período é uma captura do Estado pela lógica do capitalismo monopolista. *“Ele é o seu Estado, havendo, para tanto, uma articulação orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e as instituições estatais”* (NETTO, 2001, p. 26).

A questão social tem sua *“gênese no caráter coletivo de produção, contraposto à apropriação privada da atividade humana – o trabalho – das condições da sua realização, e de seus frutos”*. Sendo que o “trabalho livre” depende da venda de sua força de trabalho para satisfazer suas necessidades vitais. A questão social diz respeito ao conjunto das repressões das desigualdades sociais formadas na sociedade capitalista, impensável sem a intermediação do Estado. Expressa, portanto, na *“disparidade econômica, política e cultural das classes sociais, mediadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais”* (IAMAMOTO, 2001, P.26).

No capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas. As intervenções do Estado tanto podem se dar diretamente², como indiretamente³ (NETTO, 2001).

NETTO (2001) acrescenta que para o Estado exercer – no estrito jogo econômico – o papel de “comitê executivo da burguesia”, ele deve se legitimar politicamente e mostrar sua força. Daí a necessidade de incorporar outros protagonistas técnico, sócio-políticos.

Em vista disso, percebe-se um alargamento das bases de legitimação e sustentação, mediante generalização e instituição de direitos e garantias cívicas e sociais, permitindo ao Estado organizar um consenso que assegura o seu desempenho. É importante lembrar que esse período de transição do capitalismo é também acompanhado de um salto organizativo nas lutas do proletariado e do conjunto de trabalhadores. Somente desta maneira que as “seqüelas” da questão social podem se configurar como objeto de intervenção contínua do Estado. Assim, a questão social se põe como alvo das políticas sociais, já que a política social no capitalismo monopolista *“é o mais canônico paradigma da indissociabilidade das funções econômicas e política do Estado”* (NETTO, 2001, p. 30).

² Através da inserção como empresário nos setores estratégicos, em especial naqueles em que serão fornecedores do monopólio; controle de empresas capitalistas em dificuldades; entrega aos monopólios de complexo construídos com fundos públicos; garantia de lucro pelo estado.

³ Através de encomenda ou compra do Estado aos grupos monopolistas; investimento em transporte e infra-estrutura; preparação institucional da força de trabalho requerida pelo monopólio.

A intervenção sobre a questão social é fragmentada, afinal, não se atinge o todo e se criam setores de questão social, que passa a ser entendida, por exemplo, como a questão da saúde, e não poderia ser de outra forma, pois caso o Estado não deixasse de enfrentar a questão de forma fragmentada, se remeteria concretamente à relação capital e trabalho, o que colocaria em xeque a ordem burguesa.

A questão social não é senão expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento enquanto classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991, pg. 77).

O serviço social surge dentro da contradição capital x trabalho, tendo como referencial a agudização da questão social. O assistente social é um profissional que intervém na questão social, sendo que na atualidade é necessário visualizar essas questões no âmbito teórico-político e metodológico, pois, nenhuma conquista de classe trabalhadora foi gratuita e sim através do fruto de lutas e reivindicações. Sendo assim, as políticas sociais derivam do movimento operário organizado. No entanto, a formulação e a execução da política social têm que ser encarada enquanto contraditória, pois o Estado ao coordena - lá não a faz por que está sendo obrigatória, e sim porque também compreende ser necessária para a manutenção de seu projeto político. Este se articula quase sempre aos interesses da classe burguesa na medida em que esta historicamente vem hegemonizando o espaço do Estado (NETTO, 2001).

O movimento da medicina familiar no Brasil, à priorização da atenção primária e o reconhecimento da “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, alicerçam o movimento da reforma sanitária brasileira e o projeto do SUS (TRAD & BASTOS, 1998).

Frente a isso se pode falar que a ESF veio melhorar o atendimento de saúde dado às famílias, porque todo o sistema precisava ser reformulado, a partir deste percebe-se a necessidade de uma visão mais ampliada de saúde, com a finalidade de alcançar a integralidade do cuidado, nesta perspectiva, COSTA apud SANCHEZ (2004), 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 de ações, levando a concluir que apesar dos caminhos tortuosos o seu principal produto parece assegurar a integralidade dos serviços*” (pg.52).

Pode-se identificar que as ações predominantes do Assistente Social conforme sistematização da Comissão de Saúde do CRESS 7ª Região – Rio de Janeiro – e DEL PRÁ (2003) apud SANCHEZ (2004) são:

Ações de caráter emergencial – agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos urgentes, obtenção de transporte, medicamentos, sangue, prótese, 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 abordagem 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 às 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 de 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 a 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 e 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 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.

Atualmente para desempenhar ações e atividades junto a ESF o Assistente Social deve seguir o Código de Ética da profissão e estar atualizado de acordo com os conhecimentos teórico-metodológico e técnico-operativo junto a outros profissionais de saúde para satisfazer a necessidade própria de cada indivíduo e comunidade.

COSTA (2000) destaca em seu contexto a necessidade de outros conhecimentos além do teórico-metodológico e técnico-operativo tradicional, aos profissionais de serviço social. Conhecimentos esses como: a capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas e em curso; conhecer as diversas realidades existentes e, sobretudo, o nível de organização sócio-política dos usuários da área adscrita em que trabalhe; e dominar os conhecimentos e técnicas para desencadear e assessorar os processos de mobilização, fortalecendo o controle social.

IAMAMOTO (1998, p. 113) entende 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”*, no entanto, as novas demandas sob a nova ideologia do neoliberalismo, requerem o rompimento com as atividades comumente rotineiras e burocráticas, que reduzem o trabalho ao cumprimento de atividades pré-estabelecidas.

BRAVO (1996) apud IAMAMOTO (2001), 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 verso os 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”*.

2.1.2 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao iniciar este item faremos uma breve interrogação: como conseguir discorrer sobre as competências e atribuições do Assistente Social na ESF, se o Ministério da Saúde somente preconiza os profissionais previstos na equipe mínima, como Médico, Enfermeiro, Nível Médio de Enfermagem, ACS, Odontólogo, ACD e o THD como apoio?

Para ALMEIDA & MISHIMA (2001) é importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um destes profissionais acima citados encontra-se num documento do Ministério da Saúde, que será relatado mais a frente, e que esta equipe deve estar interligada. Mas e as referências? E os encaminhamentos? Como devem se dar estes, e a continuidade, no que tange ao SUS descrito como referência e contra-referência?

Muitas vezes nos encontramos num beco sem saída, como trabalhar com profissionais não preconizados pelo Ministério da Saúde nas equipes dentro de uma estratégia de reformulação do modelo assistencial de saúde, se alguns dos profissionais envolvidos estão fora desta? Estas são algumas das questões levantadas neste item direcionando a profissão do Assistente Social na ESF.

O Assistente Social tem suas competências e atribuições asseguradas na Regulamentação da Profissão nos artigos 4º e 5º da Lei 8662/93 de 07 de junho de

1993. Sendo que as exigências, devido as grandes mudanças que ocorreram nesse reordenamento do mundo do trabalho, pressupõem um profissional cujo perfil inscreva competências que vão além do conhecimento teórico, metodológico e técnico. Isso pode ser evidenciado em SOUZA & AZEVEDO (2004, p.50):

A competência é uma construção do sujeito que trabalha numa relação dialética, com o contexto no qual está inserido e nas relações de poder que aí estão postas, e fica claro que não é somente necessária a qualificação adquirida na formação (teórico, metodológico e técnica), mas algo que está para além, talvez ligado as capacidades múltiplas, que emergem de uma situação particular de trabalho.

Segundo Resolução CFESS N° 383/99, o Assistente Social é caracterizado como profissional da saúde, no qual a implementação do SUS vem trazendo mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde e do Assistente Social (COSTA, 2000).

Com a descentralização e o processo de trabalho implantado, acontece a ampliação do espaço ocupacional do Assistente Social no setor saúde. As demandas são em grande parte provenientes das novas estratégias de reorganização das práticas e serviços (NOGUEIRA, 2003).

COSTA (2000) destaca a necessidade dos profissionais do serviço social nas equipes de saúde em todos os níveis de atendimento do SUS, mas principalmente nos centros de saúde, que hoje estão pautando seu atendimento à população na ESF. Percebe-se então que não há como fugir do lógico, o Assistente Social é um profissional que mesmo não compondo as equipes mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde, na ESF, acaba tornado-se peça fundamental nesta engrenagem.

Esta inserção abre a possibilidade pela qual essa profissão tem de interferir e redirecionar o processo de trabalho na saúde elaborando estratégias de atendimento às necessidades sociais imediatas, por ter conhecimento específico para tal, como exemplo: a democratização do acesso e de responsabilização social do SUS, principalmente no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira, não através do assistencialismo ou do imediatismo, mas de forma adequada e correta como firma a lei.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença como decorrência das condições de vida e trabalho, e a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidação do SUS, com todos os seus princípios e objetivos, sendo que as ações de saúde deve se dar na perspectiva interdisciplinar, com a finalidade de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre os seus interesses e a prestação de serviços.

O Assistente Social atribui enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos para uma análise crítica buscando a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde (MATOS, 2000).

A partir desta, é imprescindível o entendimento de uma nova concepção de saúde, em especial na Atenção Básica, como podemos analisar através das experiências do projeto das equipes de Estratégia de Saúde da Família no Município de Fortaleza/CE:

A questão social passa a ser vista não mais como variante, mas como o próprio nexo do processo de produção e distribuição dos riscos de adoecer, o que impulsiona uma redefinição na dinâmica interna do processo de trabalho no campo da saúde, em especial, da saúde pública. A própria divisão social e técnica do trabalho nesse campo se tornam complexas e, pouco a pouco, as ações individualizadas, fundamentadas na visão reducionista da biomédica, vão sendo reinventadas coletivamente, tornando-se multiprofissional, em direção à interdisciplinaridade (CRESS/CE, 2006, p.01).

A Resolução Nº 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, reconhece o Assistente Social como um dos profissionais de saúde de nível superior. Segundo a citada Resolução, a caracterização como profissional de saúde, contudo, deve ater-se a dispositivos legais e aos Conselhos de Classe das categorias.

Com base na Lei 8.662/93, que regulamenta e disciplina o exercício profissional do serviço social, constituem-se competências e atribuições do (a) Assistente Social, dentre outras:

Realizar estudo sócio-econômico junto aos usuários, para fins de benefícios e serviços sócio-assistenciais, pareceres e vistorias técnicas sobre matéria de serviço social, apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, orientar indivíduos e grupos no atendimento de seus direitos, prestarem orientações sociais e encaminhar providências junto a indivíduos, grupos e a população (COLETÂNIA DE LEIS, CRESS/MA, 2001, p.31-32).

Nesse contexto, o Serviço Social amplia sua área de intervenção na perspectiva de garantir, junto à equipe de saúde, uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem no processo saúde-doença da população. Tendo como objeto de sua intervenção as múltiplas manifestações da questão social que se manifestam no campo da saúde. O profissional Assistente Social torna-se indispensável na garantia do cumprimento dos princípios fundamentais do SUS, articulando-os mais diretamente com os direitos fundamentais do cidadão.

Em sua formação acadêmica, os Assistentes Sociais acumulam saberes que os habilitam a intervir de forma ética, política e técnica nos diferentes níveis de atenção à saúde. Podendo desenvolver ações comunitárias, de educação em saúde, de articulação de redes de proteção social, em atendimento individual e/ou em grupo nas unidades de saúde, na orientação ao acesso de direitos previdenciários e sócio-assistenciais. Enfim, está qualificado para atuar em qualquer estratégia de promoção, proteção ou recuperação da saúde na perspectiva da garantia dos princípios fundamentais do SUS (CRESS/CE, 2006, p.02).

Segundo o Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993) se define também os direitos e deveres do Assistente Social na relação com os usuários, instituições empregadoras e com os demais profissionais.

Da relação com os usuários ressaltamos os seguintes deveres:

Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários; Democratizar as informações e acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários; Devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; Informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referente e a forma de sistematização dos dados obtidos; Fornecer a população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar as relações com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; Esclarecer aos usuários, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional. É vedado ao Assistente Social exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses, obter vantagens pessoais ou para terceiros e bloquear o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas instituições (CRESS/MA, 2001, p.20) .

O Código supra citado, diz também da relação com as instituições empregadoras e é de direitos e deveres do Assistente Social:

Dispor de condições de trabalho digna; Ter livre acesso à população usuária; Ter livre acesso às informações institucionais; Integrar comissões interdisciplinares de ética; E é dever do Assistente Social: Denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha; Contribuir para alteração da correlação de forças institucionais apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária; Empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários através dos programas e políticas sociais; Empregar com transparência as verbas sob sua responsabilidade.

Na relação do Assistente Social com outros profissionais:

É seu dever incentivar, sempre que possível, a prática interdisciplinar e é vedado prejudicar deliberadamente o trabalho e a reputação de outro profissional. É direito de o Assistente Social manter sigilo profissional no sentido de proteger o usuário em tudo aquilo que decorre do exercício da atividade profissional. (Código de ética do assistente social, 1993).

As ações e serviços prestados pelo Serviço Social em qualquer tipo de unidade de saúde, indo deste a atenção básica, ambulatorial, terciária ou quaternária integram uma rede, um sistema organizado, e tomam como diretrizes:

Planejamento do Serviço Social terá como princípios a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalidade e gratuidade do atendimento, o controle social e a interdisciplinaridade; A distribuição dos (as) Assistentes Sociais na unidade de saúde - de forma a responder às demandas colocadas pelo planejamento do Serviço Social na unidade. As metas serão definidas de acordo com as metas e ações necessárias e prioritárias; O planejamento das ações terá como meta principal facilitar a participação da população nas decisões a respeito do seu corpo e de sua vida (exercício do controle social, promoção da saúde e na prevenção de doenças, agravos e riscos); A dotação orçamentária do Serviço Social será financiada por recursos da unidade e será reavaliada de acordo com as revisões realizadas no planejamento (CRESS/CE, 2006).

As ações realizadas pelos Assistentes Sociais na ESF de Fortaleza/CE estão respaldadas a partir dos princípios e diretrizes apresentadas na portaria 648/GM de 28 de março de 2006, seja com relação ao que preconiza o SUS, ou pelo Código de Ética do Assistente Social.

A seguir, algumas das ações/atividades realizadas por esses profissionais.

Atividades desenvolvidas coletivamente: Elaboração, implementação e acompanhamento de projetos de inclusão social na comunidade (Ex. Projeto Artesã e Economia Solidária); Mapeamento da área (pontos comerciais, limites geográficos e identificação dos equipamentos sociais); Visitas aos equipamentos sociais; Oficina de territorialização (história da comunidade, planejamento participativo); Implementação da Ficha A (através de visitas domiciliares); Consolidação da Ficha A (tabulação); Visitas institucionais; Organização, divulgação e participação em Campanhas de vacina, lutam contra AIDS, combate a dengue, aleitamento materno, luta anti-manicomial e prevenção do câncer do colo do útero; Ações de educação em saúde; Aconselhamento DST/HIV/Aids; Busca ativa de hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, hipertensão, diabetes e gestantes.

Atividades desenvolvidas pelo (a) Assistente Social: Terapia comunitária na Comunidade; Facilitação do Humaniza SUS; Visitas domiciliares para conhecer e acompanhar a situação sócio-econômica e familiar; Encaminhamentos para rede sócio-assistencial (OGs e ONGs); Acolhimento nos Centros de Saúde da Família - CSF; Formação e acompanhamento de grupos de idosos, gestantes, adolescentes e homossexuais abordando preconceitos e direitos; Atendimentos individuais; Aconselhamento DST/HIV/Aids; Encaminhamentos ao Cadastro Único e Bolsa Família e seu acompanhamento; Articulação com os CRAS - Centro de Referência da Assistência Social e Raízes da Cidadania – FUNCJ; Articulação e encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; Resgate do paciente que abandonou o tratamento-hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, hipertensos, diabéticos, gestantes, etc; Trabalho de articulação com O MORHAN (Movimento de Reintegração dos Hansenianos) para desmistificar o preconceito na comunidade; Intermediação entre usuário, família e Hospitais; Atendimento, acompanhamento e encaminhamento de mulheres vítima de violência à rede hospitalar, sócio-assistencial e sócio-jurídica; Orientações e encaminhamentos para o requerimento de benefícios do INSS e benefício assistencial-Benefício de Prestação Continuada – BPC; Divulgação e esclarecimentos sobre a Carta de Direitos dos Usuários na saúde; Articulação com os Conselhos Tutelares e Juizado da Infância e da Juventude; Participação nos Conselhos Locais de Saúde e nos Conselhos de Assistência Social - CRESS; Planejamento das ações para a Quadra Invernosa: articulação com a defesa Civil (reconhecimento das áreas de risco, levantar depoimentos dos moradores no que se refere as experiências anteriores durante o inverno, contatar parceiros locais – escolas, Projetos Raízes da Cidadania, CECAB, Creches e Associações) e mobilização, vacinação extra muro e educação em saúde (CRESS/CE, 2006).

Com base no que foi descrito percebemos o quão relevante se faz à presença do Assistente Social nas questões que envolvem os princípios e diretrizes do SUS, principalmente na atenção básica, que está fundamentalmente pautada hoje na ESF.

2.2 PROPOSTAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

Neste item abordaremos as competências e atribuições dos profissionais da equipe mínima, na qual a ESF tem como proposta enfatizar o exercício de práticas de humanização da atenção.

Sendo que nessa nova relação, a equipe realiza atividades de visita e internação domiciliares para melhor dissolver os problemas de saúde da família. As pessoas são estimuladas a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Os profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (FEIJÓ et al, 2003).

As Unidades de Saúde são reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, e passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente e integral da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias, cerca de 3.000 (três mil) a 4.500 (quatro mil e 500 pessoas), que moram no espaço territorial próximo, objetivando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (PALHOÇA, 2006).

De acordo com o protocolo de funcionamento para a ESF do Município de PALHOÇA (2006), para atingir o objetivo proposto, o trabalho da equipe se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adscrita. Em seguida é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, tendo em vista a atenção integral à saúde – compreendida como promoção, prevenção, assistência e reabilitação – com enfoque prioritário nas áreas preconizadas pela NOAS/02, que são:

- Saúde da Mulher;
- Saúde da Criança;
- Saúde Bucal;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Hanseníase;
- Tuberculose.

Para FEIJÓ et al (2003) a atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade,

caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Os profissionais da equipe de Saúde da Família atuam de forma integrada e multiprofissional, traçando objetivos comuns no que diz respeito ao atendimento às necessidades da comunidade, porém possuem atribuições específicas de acordo com a sua profissão.

As atribuições e competências da equipe são dadas da seguinte maneira e ação:

Baseado em BRASIL (2006a) são Atribuições comuns a todos os profissionais:

- ✓ Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, através de um processo de territorialização e mapeamento da área;
- ✓ Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a sua população adscrita está exposta;
- ✓ Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;
- ✓ Realizar ações de cuidado integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas em protocolos municipais, de acordo com a qualificação de cada profissional, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- ✓ Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- ✓ Realizar visitas domiciliares a toda a população adscrita, de acordo com o planejamento;
- ✓ Resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica e encaminhamentos necessários;
- ✓ Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- ✓ Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
- ✓ Realizar busca ativa de casos, como tuberculose, hanseníase e demais doenças de cunho epidemiológico;

- ✓ Coordenar, participar e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- ✓ Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- ✓ Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (SUS);
- ✓ Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade no Conselho Local e Municipal de Saúde;

Enfermagem

Hoje, inserida no campo de saúde pública, a enfermagem recebe lugar de destaque pelo Ministério da Saúde em muitas referências, como: *“implicados no processo de implementação do PACS e ESF, encontram-se os enfermeiros e enfermeiras brasileiras, pilares essenciais destas políticas governamentais...”* (BRASIL, 2002b, p.13).

Ao entender a assistência de enfermagem no referencial de saúde pública como a articulação de ações e atividades de prestação de cuidados voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva das famílias, grupos, comunidades, percebe-se que no cotidiano de muitos locais a sua concretização ainda está, infelizmente limitada. *“Percebemos que o grande nó a ser desatado é o entendimento comum da finalidade do trabalho da enfermagem. Por quê? A quem? Para quem? Com quê? Ou ainda, que ideologia nos guia nos caminhos das pedras das relações profissionais e sociais no interior do processo de saúde”* (ANTUNES & EGRY, 2001 apud FEIJÓ ET AL, 2003, p.19).

Baseada em BRASIL (2006a) são atribuições específicas do Enfermeiro:

- ✓ Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- ✓ Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos municipais estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- ✓ Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as ações de saúde em conjunto com a equipe;

- ✓ Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ✓ No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- ✓ Planejar e realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio e ou comunidade;
- ✓ Realizar as atividades às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na NOAS/2001;
- ✓ Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- ✓ Supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e do nível médio de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Baseada em BRASIL (2006a) são Atribuições específicas do técnico e do auxiliar de Enfermagem:

- ✓ Realizar procedimento de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais;
- ✓ Realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes ambientes, USF e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe;
- ✓ Realizar os procedimentos necessários para qualquer atendimento do usuário dentro da USF;
- ✓ Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamento e de dependências da USF, garantindo o controle de infecção;
- ✓ No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Medicina

O profissional de uma equipe de Saúde da Família deve centrar-se na saúde como todo, social, cultural e político, desenvolvendo um papel articulador, negociador e mediador no que se refere às diversas instâncias e aos setores envolvidos na atenção à saúde da população. Deve ter, acima de tudo, uma capacidade resolutiva, por meio de ações de promoção, de proteção específica e de recuperação da saúde, atuando também na reabilitação do indivíduo portador de incapacidades, e o médico, como integrante da equipe de saúde da família, deve ter competências e habilidades que permitam uma ação

tecnicamente competente e humanizada, valorizando o saber popular de forma sincronizada com o saber técnico (FEIJÓ ET AL, 2003).

Baseada em BRASIL (2006a) são atribuições específicas do Médico:

- ✓ Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adscrita;
- ✓ Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- ✓ Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- ✓ Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias na intervenção na atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001;
- ✓ Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- ✓ Realizar o atendimento de urgência;
- ✓ Encaminhar os usuários aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento de referência e contra-referência;
- ✓ Realizar pequenas cirurgias;
- ✓ Indicar internação domiciliar e/ou hospitalar;
- ✓ Solicitar exames complementares;
- ✓ Verificar e atestar óbito.

Odontologia

O Ministério da Saúde promoveu, a partir de outubro de 2000, a inclusão do cirurgião – dentista (CD) na ESF. Como foi citado anteriormente o artigo 1º da Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003 estabelece que podem ser implantadas, no município uma equipe de saúde bucal por equipe de ESF, de acordo com a necessidade e interesse do gestor municipal.

“Para mudar a prática odontológica e torná-la efetiva na ESF é necessária uma nova concepção de saúde bucal, que se oponha a concepção hegemônica. É necessário aliar a competência técnica ao compromisso social” (TEIXEIRA & VALENÇA, 1998 apud FEIJÓ et al, 2003).

Segundo BRASIL (2006a) é atribuição específica do Odontólogo:

- ✓ Realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita;
- ✓ Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS/96) e NOAS/2001;
- ✓ Realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- ✓ Encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- ✓ Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- ✓ Realizar pequenas cirurgias;
- ✓ Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- ✓ Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- ✓ Executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupo específicos, de acordo com planejamento local;
- ✓ Coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal;
- ✓ Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- ✓ Capacitar os demais integrantes da equipe no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- ✓ Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD; e são,

Atribuições específicas do Atendente de Consultório Dentário:

- ✓ Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumento utilizados;
- ✓ Sob supervisão do cirurgião dentista ou do THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental;
- ✓ Preparar e organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho;
- ✓ Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos;
- ✓ Agendar o paciente e orientá-lo ao retorno e à preservação do tratamento;

✓ Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família no tocante à saúde bucal.

Agentes Comunitários de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde o ACS integra as equipes do PACS e ESF, 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, fa os atendimentos, convoca para a consulta ou grupos, encaminha para o médico, solicita nova visita (Idem, 2002, p.198).

MISHIMA et al (1992, p.74) 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*”.

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

- ✓ Realizar mapeamento da área;
- ✓ Cadastrar e identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- ✓ Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológicos, quando necessário;
- ✓ Identificar área de risco;
- ✓ 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 responsabilidade;
- ✓ Estar sempre bem informado, e informar os demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação 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 outras;
- ✓ 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 dezembro de 1997, 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.

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 na ESF. O fato de identificarem as demandas sociais, não significa que os mesmos possuem qualificação profissional para compreender e trabalhar com estas demandas.

Outras categorias de relevante importância como: Assistente Social, Psicólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta e outros que ainda não fazem parte da equipe mínima prevista pelo MS, acabam estando intimamente ligadas a esta estratégia.

2.3 TRABALHO EM EQUIPE

Nesse item pretende-se caracterizar o trabalho em equipe, bem como as facilidades e dificuldades envolvidas neste processo.

Trabalho em equipe é quando um conjunto ou grupo de pessoas criam um esforço coletivo para atingir um objetivo em comum, ou resolver um problema específico (baseado em WIKIPÉDIA, 2006).

“A formação da equipe deve considerar as competências individuais necessárias para o desenvolvimento das atividades e o atingir das metas. O reconhecimento da interação entre seus membros e da interdependência é diretamente proporcional aos resultados e à organização como um todo” (BASSO, 2003 apud FEIJÓ et al, 2003).

Para CIAMPONE (2006) a equipe é a integração de diversos trabalhadores no exercício cotidiano do trabalho, que compartilhando conhecimentos e saberes, articulam ações para alcançar um objetivo comum. E só existe equipe quando todos os que integram no grupo estão verdadeiramente comprometidos com a mesma meta.

Equipes de saúde são todos os grupos assim formados, seja para atividade comunitária, seja para uma ação mais especializada nos serviços de saúde, como nos hospitais. Usualmente, a designação de tarefas a uma equipe de saúde precede o conhecimento sobre as características das pessoas. Impõe-se uma forma de agir de maneira genérica, e a prática de uma equipe é uma redescoberta cotidiana das possibilidades do trabalho. *“Qualquer tentativa de codificação é menos útil do que a aprendizagem coletiva e periódica sobre os novos significados e possibilidades da equipe” (MOTTA, 2001 apud FEIJÓ et al, 2003).*

O trabalho em equipe pressupõe uma integração, abre a possibilidade da construção de um novo saber a partir do conhecimento e da interação com o outro, assim também se pode ter um fator relevante na ESF, à integralidade do indivíduo ou da comunidade através dos diferentes olhares que se completam diante da complexidade de fatores, podendo interagir e buscar em conjunto uma melhor solução para o problema.

Nesses últimos 20 (vinte) anos a forma de trabalhar em equipe tem sido alvo da mídia e tem se proliferado nas organizações de serviço. Pois que elas têm provado ser uma forma eficiente de estruturação organizacional e de aproveitamento das habilidades humanas.

No entanto, MOTTA (2001) apud FEIJÓ et al (2003), relata que na área da saúde, o trabalho em equipe sofre restrições por causa da rigidez das profissões e funções médicas. Em princípio, grande parte delas não é de acordo em compartilhar

seus conhecimentos, devido às relações de poder que existe entre as profissões, fator este que muitas vezes dificulta a decisão e as ações coletivas e o trabalho em equipe. Na situação de trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração na equipe. Em todo lugar, nas diferentes situações vividas em sociedade, podemos encontrar vários exemplos de exercício do poder, como uma decorrência natural das relações estabelecidas entre grupos.

Podemos então perceber que, contudo, um rol de tarefas cotidianas em comum não caracterizam um trabalho em equipe compartilhado, humanizado, com responsabilidade e vínculo com os indivíduos e comunidade. Devemos lembrar também que na ESF, a Unidade de Saúde que recebe estas pessoas, não é um profissional isolado, é uma equipe que realiza intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde. A assistência a saúde neste momento passa a ter uma característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que trabalhar em equipe é necessário (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

Na visão de PINHO (2006) o trabalho em equipe possui elementos universais que estão na base de formação e caracterização: sistemas sociais comuns; polivalência funcional, havendo diversidade nos conhecimentos e habilidades; relativa autonomia de auto-organização; espaço para a criatividade; que sejam capazes de tomar decisões individuais; que conservem um propósito comum e que possam juntos se comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos.

“Trabalhar em equipe trata-se de transpor o pensamento que separa e que reduz, e colocar no seu lugar o que distingue e une, não se trata de abandonar o conhecimento específico de cada profissão, das partes pelo todo, nem da análise pela síntese; é preciso conjugá-las, é o tecer junto, o complexo com o qual nos deparamos cotidianamente. Complexus significa o que foi tecido junto, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo. Deve-se observar o objeto de estudo em seu contexto, complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade” (MORIN, 2000 apud FEIJÓ, 2003 et al).

Podemos perceber que o trabalho em equipe faz parte da ESF, no qual discutimos os conceitos acerca do mesmo. Na prática este trabalho é circundado de dúvidas e posturas próprias dos profissionais nela inseridos, portanto, buscarei entender e levantar as diversas questões referentes ao assunto.

2.3.1 O TRABALHO EM EQUIPE NA ESF

Primeiramente devemos ter em mente que trabalhar em equipe não é todos fazerem à mesma coisa e sim cada um em sua área específica trabalharem unidos sem

abolir suas especificidades, porque as diferenças abrem uma infinidade de possibilidades para contribuir com a melhora dos serviços prestados.

Deste modo não podemos adotar uma postura dogmática ao abordar este tema, por outro lado há que se cuidar para evitar cair em armadilhas, ao ponto tal de evitar utopias e admitir que existam fantasias. Até certo ponto o trabalho em equipe pode e deve ser a ponte para um novo cenário que se encontra neste novo modelo de assistência à saúde que é a ESF, porém outras medidas no campo das políticas públicas podem e devem ser consideradas, sem a pretensão de incluí-las no rol das atividades das equipes (PINHO, 2006).

ALMEIDA & MISHIMA (2001) lembram que o movimento de divulgação e da consolidação do trabalho em equipe não é um tema exclusivo ou que surgiu com a ESF,

... Entretanto a visão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorizações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos agentes é imperativa. Compreendemos que a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade entre os agentes e maior integração da equipe. (ALMEIDA & MISHIMA, 2001, P. 150)

Estar com saúde depende de múltiplos fatores e condições. Saúde é o equilíbrio entre o homem, o meio físico e o ambiente social, a quebra deste conduz à doença.

Quando observamos as infinitas variáveis citadas acima, podemos, sem dificuldade, concluir que tão abrangentes quanto aos enunciados, são as profissões que devem estar envolvidas para procurar manter ou atingir o estado de saúde. Neste sentido, não é possível atuar isoladamente, mas há necessidade, sim, de uma ação conjunta e abrangente (CAMPOS, 1995 apud FEIJÓ et al, 2003).

Registre-se que todos estes aspectos têm haver com as questões mais gerais e, no bojo das quais se situa a concepção e o desenvolvimento da ESF, não apenas como uma iniciativa, mas como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde e efetiva implantação do SUS.

Todos estes grandes desafios vêm de encontro com as questões que envolvem o contexto de trabalho em equipe na ESF, pois temos que ter em mente que se esta integração idealizada não ocorrer caímos num mundo de fragmentação, num atendimento desumanizado, centrado na valorização do biológico e da questão social das profissões, com rígida divisão de trabalho.

Desta forma, ROBBINS (2004) destaca três parâmetros para determinar se o trabalho em equipe é o mais adequado a uma determinada situação. Em primeiro lugar é necessário definir se o trabalho pode ser realizado por mais de uma pessoa, levando-se

em consideração a complexidade da tarefa e a necessidade de diferentes perspectivas. Em segundo lugar, saber se a tarefa cria um propósito comum ou conjunto de metas para os membros da equipe que seja mais do que a soma de seus objetivos individuais. E por último, verificar se os membros do grupo possuem interdependência.

Para a construção do trabalho em equipe na ESF é necessário que primeiramente a equipe que irá trabalhar em conjunto conscientize-se que ela será um dos componentes desta, construam um projeto em comum, e tenha consciência que as profissões se completam e não competem entre si. Para tal, sabemos que é necessário muito empenho e treinamento contínuo, sustentados por um trabalho multidisciplinar e guiados pela interdisciplinaridade.

Assim, distribuindo o tempo de trabalho entre ações na própria Unidade e de visitação, de forma coordenada, os integrantes da equipe podem estabelecer um programa de trabalho em equipe que inclua vários serviços: consultas médicas, de enfermagem e odontológicas; atendimentos domiciliares a situações diversas, contidas num plano de prioridades acordado entre os técnicos e, preferencialmente, entre estes e a comunidade; grupos específicos com abordagem terapêutica e de educação em saúde; reuniões comunitárias para discussão de temas relacionados à saúde e qualidade de vida. Dentro de seu campo de conhecimento e responsabilidades profissionais, cada integrante da equipe contribui para o alcance de metas estabelecidas, incentivando a participação popular e buscando, sempre que necessário, a articulação intersetorial para o encaminhamento de soluções dos problemas relacionados à saúde, mas que estejam fora da competência estrita do setor (SAMPAIO & LIMA, 2004).

PEDUZZI (1998) observa que a interdisciplinaridade diz respeito a produção de conhecimento. Tem, portanto caráter de integração entre as várias disciplinas e áreas de conhecimento. A multiprofissionalidade diz respeito a uma atuação conjunta de várias disciplinas profissionais, podendo não haver integração entre elas. Trabalho em equipe na Saúde da Família requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a atenção básica, a qual toma à saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, trazendo a intersectorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde.

Um outro fator de extrema importância para a integração da equipe é a definição e a consciência, entre todos os seus integrantes, das suas atribuições, limitações e possibilidades de intervenção. Agindo dessa forma, os profissionais podem ter mais condições de perceber as diferenças e similaridades, as relações de complementaridade entre seus conhecimentos e vivências. Neste contexto muitas vezes,

há dificuldades institucionais principalmente de falta de espaço e horários comuns para reuniões e encontros, mostrando muitas vezes, mesmo que oculta a intenção do sistema, em não oferecer as mínimas condições que viabilizem a comunicação e a troca de conhecimento e experiências entre os profissionais (GOMES, 1997 apud FEIJÓ et al, 2003).

O processo de trabalhar em saúde fundamenta-se numa relação na qual também podem aparecer os conflitos, considerando-se que a equipe é composta por pessoas que convivem e que tem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo de trabalho, experiências profissionais e de vida, entre outros, e por fim estes com seus interesses próprios. Estes exercem influências sobre o modo de agir de cada um, mas não impossibilitam o trabalho em equipe, pois que as pessoas que conseguem trabalhar seus conflitos, que são gerados pelas diferenças existentes e fortalecem seus vínculos. (ARAÚJO, 2006).

Para PINHO (2006) o conflito encoraja a inovação e a solução de problemas de forma criativa e o êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipe. Sinais de falha no lidar com o conflito incluem baixa moral, afastamento, falta de envolvimento, falta de anuência, depressão e desgosto. As barreiras para lidar de forma eficaz com o conflito incluem um senso idealizado de união que inibe o feedback e confrontação de diferenças, uma tradição profissional de obediência à autoridade e correspondente dificuldade para discordar, agrupamento de membros da mesma categoria profissional quando há divergência entre as profissões, má compreensão sobre papéis, competências e responsabilidades de outros membros da equipe.

Devido à mistura de competências dos profissionais e a complexidade da colaboração interdisciplinar, a diversidade de pontos de vista e diferenças de opinião são inevitáveis. É importante então reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe.

Embora haja muitos modelos conceituais demonstrando a importância do trabalho em equipe, há ainda muita confusão acerca dos conhecimentos, habilidades e atitudes que compreendem a sua dinâmica. Além disso, as equipes enfrentam uma variedade de fatores situacionais e periféricos que impactam o seu processo de estruturação (PINHO, 2006).

ROBBINS (2004) indica um elenco de componentes para a criação de equipes eficazes; o projeto do trabalho, a composição da equipe, recursos e influências contextuais e as variáveis de processo. Em relação ao projeto de trabalho destaca a

importância de condições motivadoras para se assumir responsabilidade coletiva quando da realização de tarefas significantes. Para isto, no entanto, é necessária a inclusão de variáveis tais como liberdade e autonomia, oportunidade de utilização de diferentes habilidades e talentos, capacidade de realização completa de uma tarefa que aumentam o senso de responsabilidade. Abordando as variáveis individuais que devem estar presentes, percebemos algumas como: as capacidades, a personalidade, a alocação de papéis e diversidade, tamanho da equipe, flexibilidade dos membros e sua preferência pelo trabalho em equipe. No que diz respeito às capacidades.

Devemos lembrar que o trabalho em equipe possui elementos universais que estão na base de formação e caracterização de qualquer equipe e elementos particulares que irão trazer certas peculiaridades no olhar do pesquisador. A equipe de saúde, apesar de possuir todos os elementos considerados cruciais para o seu desenvolvimento e manutenção, em comparação com as equipes em geral, conta ainda com algumas particularidades, em especial as relacionadas com a condição da convivência entre especialistas (PINHO, 2006, p.71).

CAMPOS (1997) propõe que haja a vinculação a cada equipe de um certo número de pacientes previamente inscritos⁴, bem como a responsabilidade em relação aos problemas coletivos de uma parcela da população, com o objetivo principal de quebrar a impessoalidade reinante nas relações agentes-usuários.

Para BROWN e cols (2000) apud PINHO (2006) uma equipe eficaz e coordenada deve possuir um mecanismo para troca de informação. Num nível mais simples isto requer uma oportunidade regular de tempo e espaço para os membros se encontrarem. Um sistema de comunicação ideal inclui um sistema de registro bem produzido, um fórum regularmente planejado para os membros discutirem os problemas de gerenciamento do paciente, um fórum regular para avaliação da função e desenvolvimento da equipe bem como para relatar problemas interpessoais, um mecanismo de comunicação com sistemas externos com os quais a equipe opera.

Uma equipe de saúde é composta por pessoas que podem escolher entre cooperar ou competir. Para favorecer o trabalho em equipe e a convivência social, alguns princípios e estruturas cooperativas devem estar presentes, como: visão compartilhada, objetivo comum, ações convergentes, valorização das diferenças, confiança mútua, comunicação aberta, liderança circular, criatividade, bom humor e descontração (BROTTO, 1999 apud FEIJÓ et al, 2003).

Ao pensar sobre o assunto percebe-se que formar equipes não é uma tarefa fácil, pois, o trabalho em equipe exige a quebra de paradigmas culturais e mexe com as relações tradicionais de poder, o grande paradigma que precisa ser quebrado, tanto por líderes de grupos como por liderados, é o da educação individualista. Desde cedo, as

⁴ O que vem de encontro com a proposta da ESF que trabalha com uma área adscrita e uma população delimitada.

pessoas são educadas a competir umas com as outras e não a trabalhar em conjunto (FEIJÓ et al, 2003).

Muitas vezes percebemos uma falta de clareza dos membros das equipes de saúde sobre a divisão do trabalho, embora haja um consenso no sentido de que as ações técnicas pertinentes a cada área profissional estão bem delimitadas cabendo a cada uma determinadas tarefas bem específicas como: ao Médico a responsabilidade de avaliação inicial do ponto de vista clínico, prescrição medicamentosa e alta; ao Assistente Social o contato com a família, e as ações assistenciais; ao Psicólogo as considerações sobre o estado psíquico do paciente; ao Enfermeiro o cuidado direto com o paciente, entre outros. No entanto, ocorrem algumas situações onde estas fronteiras não estão bem delimitadas, causando certo desconforto quando o espaço da especialidade é invadido, isto é que devemos evitar num trabalho em equipe.

2.4 TENDÊNCIAS E POLÊMICAS DA ESF

A elaboração deste item buscou explorar os problemas mais freqüentemente apontados para implementação do PSF, com destaque para a relação entre a Atenção Básica, a Saúde da Família e a organização do SUS, destacando as funções de cada nível de governo, o financiamento, o acompanhamento e a avaliação. Foram enfatizados conteúdos relacionados às dimensões mais operacionais da Estratégia, cabendo observar que ainda é pequena a oferta de literatura científica sobre o assunto.

Após 12 (doze) anos de formulação, o PSF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do SUS, importante para a transformação de uma estrutura de serviços de saúde repleta de distorções, ganhando legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, que tem se refletido, inclusive, no campo da formação de recursos humanos para a saúde (SAMPAIO & LIMA, 2004).

É evidente o papel da ESF que no início implícito, e depois explícito de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. Pode-se afirmar que a Estratégia foi primeiro, uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura dos convênios como: Funcionamento do Fundo e do Conselho Municipal de Saúde; segundo, funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização, através da exigência de enquadramento na NOB-93, com vistas ao recebimento dos recursos; terceiro, teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do

sistema, resultando na institucionalização, através da NOB-96, sobre transferência per capita. Porém, sua influência não se restringe aos fatos apontados acima, é evidente o papel da ESF nos avanços das formas organizativas da população. Atualmente para que uma associação da comunidade possa contratar os profissionais da Estratégia, é necessário, em alguns municípios – por exemplo, cumprir uma série de formalidades, tais como: registro em cartório, periodicidade e atas de reuniões, balanço financeiro. Desta forma, a ESF incentiva mais organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, do que possibilidades de participação e controle da comunidade sobre as ações públicas (VIANNA & DAL POZ, 2005).

A ESF também é um instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as fragilidades e limitações do modelo tradicional. A convivência de dois modelos pode ser benéfica, em um momento de transição. Porém, como apontam os atuais documentos da Estratégia, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea da ESF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes.

A operacionalização da Estratégia tem várias etapas, que apesar de distintas, exigem constantes revisões e readequações. A territorialização não deve ser entendida somente como a divisão geográfica das equipes. A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; e também as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes. Esses dados permitem que as equipes de Saúde da Família identifiquem a situação de saúde das comunidades e planejem o trabalho a ser feito, em consultório ou no domicílio, visando resolução precisa e oportuna dos problemas, bem como um contato estreito que permita a compreensão das reais necessidades de saúde da população e a busca das alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e promoção da saúde (SAMPAIO & LIMA, 2004).

A ESF é uma política de atenção básica definida, defendida e incentivada pelo Ministério da Saúde. Este órgão define as exigências mínimas para que uma determinada iniciativa seja aceita como Saúde da Família e esteja habilitada a receber os incentivos definidos. Além disso, o MS trabalha no desenvolvimento e implementações de ações que colaborem na efetivação do impacto da ESF conforme concebida. E é

ainda de sua responsabilidade o acompanhamento e a avaliação da estratégia de atenção à saúde em nível nacional (SAMPAIO & LIMA, 2004).

Visto isoladamente, a ESF poderia facilmente confundir-se com outros programas de saúde pública ao longo da história recente do Brasil. Como ocorre com outras propostas de âmbito nacional, a implementação da ESF, desde sua concepção no nível federal, até chegar à chamada ponta do sistema de saúde, tem sido bastante diversificada, o que gera uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação, de Saúde da Família (SAMPAIO & LIMA, 2004).

VIANNA & DAL POZ (2005), Ressaltam que em primeiro lugar, a própria estrutura do Ministério da Saúde, que, como se sabe, é extremamente centralizadora, e dificulta, em muitos momentos, um aprofundamento do processo de descentralização. Além de o Ministério não ter uma estrutura flexível, é lento do ponto de vista das decisões e não estabelece facilmente pactos de cooperação. Em segundo lugar está a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos, como foi salientado, e as resistências das faculdades de Medicina em explorar o campo da Saúde Coletiva e incrementar a formação de médicos generalistas. Em terceiro vêm às resistências corporativas: as associações de enfermagem (Conselhos e Associação Brasileira de Enfermagem) impõem às atividades dos agentes as mesmas restrições antes impostas às de auxiliar de enfermagem. Da mesma forma, as associações médicas, em especial o Conselho Federal de Medicina, não são favoráveis à formação de médicos generalistas, incentivando a formação de especialidades; e, muitas vezes, os sindicatos médicos são contrários a qualquer tipo de contratação que não seja pela forma de trabalho assalariado. Em quarto, há a noção de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada.

Na verdade, a ESF introduz uma noção mais sofisticada de atenção primária, tendo em vista que desenvolve todo um instrumental de informática para diagnóstico e recolhimento dos dados sociais, econômicos e epidemiológicos das populações que pretende cobrir. Baseia-se na automação de procedimentos diagnósticos, e se apóia na realização de exames e na utilização de instrumentos – como a ultra-sonografia entre outros. Dessa forma, a confusão entre atenção primária e tecnologia simplificada que amplia o leque de opositores a Estratégia. É importante que se reflita sobre de que maneira as variáveis selecionadas como: exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política, influenciaram na formulação da ESF (IBIDEM, 2005).

Por diversos motivos, entende-se que a ESF representa uma transformação do Modelo de Atenção à Saúde do Município, seja por criar novas oportunidades de acesso

aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades; por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; por articular-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas (SAMPAIO & LIMA, 2004).

Quanto às exigências econômicas, o quadro de crise das finanças públicas e de adoção de políticas de ajuste não é por si só, um limitador da reforma, e sim um impulsionador de novas modalidades de gestão, economizadoras de custos. Como a Estratégia propõe toda uma reformulação da assistência básica, é de se esperar que o número de internações diminua e que os equipamentos mais sofisticados – como os hospitais terciários e quaternários – possam se dedicar ao atendimento de suas especialidades, o que pode influir em diminuição do gasto de internação hospitalar. Entretanto, como a resolutividade da assistência básica aumenta os níveis de cobertura do sistema de saúde, pode-se ter um aumento da demanda por internações mais complexas, encarecendo o custo da assistência. (VIANNA & DAL POZ, 2005).

Assim, se num primeiro momento os constrangimentos de ordem econômica podem ser favoráveis à adoção de novas práticas, num segundo eles podem ser limitadores da expansão da própria reforma. Quanto aos interesses organizados, a tríade de apoio político criada na formulação da ESF parece ter sido suficientemente forte ao menos para neutralizar os atores contrários à reforma. Em relação à dimensão política, a formulação da ESF ocorre num momento de mudança política, com a eleição de um novo presidente, Fernando Henrique Cardoso (FHC), que é proposto outro tipo de estratégia para a área social, pelo menos para as faixas mais carentes da população, como o Programa Comunidade Solidária. Como vimos este foi extremamente importante para a consolidação da Estratégia no próprio Ministério. Entretanto, ao final desse governo não há indicações claras de um aprofundamento das reformas, pois os constrangimentos econômicos são crescentes e novas políticas de ajuste econômico se impõem, com reflexos significativos nas finanças públicas. A atual descentralização do ajuste fiscal (para estados e municípios) e a descentralização de recursos no nível

federal constituirão sérias barreiras à continuidade do processo de descentralização. Tal fato pode ocasionar um retrocesso no processo brasileiro de reforma incremental do SUS, pois esta se apóia no êxito e aprofundamento da política de descentralização (IBIDEM, 2005).

Para SAMPAIO & LIMA (2004), a ESF parte de uma proposta de ação que envolve necessariamente as três esferas de governo, cabendo a cada uma, funções, ora distintas, ora complementares. Assim, aos três níveis compete contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando à organização dos sistemas municipais de saúde; a avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos. Assim, destacamos a seguir a competência de cada esfera:

Ao Ministério da Saúde compete, mais especificamente, a formulação geral da Estratégia e a sua Coordenação Nacional, revendo permanentemente as suas diretrizes e renegociando pactos na Comissão Intergestores Tripartite, na medida em que forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade. Além disso, também deve garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da ESF; regulamentar os mecanismos de cadastramento, inclusão e exclusão das equipes e profissionais para fins de pagamento de incentivos federais; prestar assessoria técnica aos estados e municípios no processo de implantação e expansão; articular instituições, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde membros das Equipes de Saúde da Família e promover o intercâmbio de experiências, buscando o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Primária.

Às Secretarias Estaduais de Saúde competem estabelecer, em conjunto com o Ministério da Saúde, as normas e as diretrizes complementares da ESF; prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação/ampliação e monitoramento; disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da Atenção Básica ou Primária, além de participar do financiamento, quer seja através da participação dos estados no financiamento global da saúde, conforme preconiza a lei, quer seja através de incentivos estaduais para a Saúde da Família.

Às Secretarias Municipais de Saúde compete a operacionalização da ESF, inserindo o mesmo em sua rede de serviços, visando à organização descentralizada do

SUS. Também compete aos municípios garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pela Estratégia e selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente. Enfim, o "jeito de fazer" deve ser próprio em cada município e adaptado à sua realidade local, desde que observadas e mantidas as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde.

A consolidação da ESF exige, ainda, a superação de várias dificuldades, como a composição e manutenção das equipes profissionais, sejam por causa do tipo do vínculo empregatício, que o MS não estipula forma, então cada um faz do jeito que melhor lhe convir; ou por causa das diferenças salariais, que também não é estipulado nenhum tipo de base, e quem paga melhores salários consegue profissionais para manter suas equipes completas. Estas dificuldades irão interferir diretamente na produção obtida, sendo que cada tipo de atendimento tem um incentivo, seja ele da própria Estratégia de Saúde da Família, que só recebe o incentivo por equipe implantada completa, se faltar um dos profissionais por mais de 30 (trinta) dias, não recebe o incentivo da equipe que falta o profissional, se a média de visitas domiciliares não for igual ou superior a 95% (noventa e cinco), no primeiro mês é ignorado pelo gestor Estadual, se este persistir há uma advertência e se recorrer no terceiro mês há o corte de todas as verbas recebidas pelo Município, seja por incentivos do Piso da Atenção Básica (PAB) que é calculada por habitante do Município, ou por atendimentos realizados por todos os diferentes procedimentos da atenção básica além dos da ESF e todos os outros programas implantados. Em alguns lugares, os profissionais e Agentes Comunitários de Saúde são os mesmos desde o início da Estratégia, estes lugares conseguiram alcançar expressivo resultado (Informações verbais fornecidas pela coordenação PSF de Palhoça⁵).

Em alguns municípios há problemas de renovação dos contratos de trabalho dos profissionais, o que implica na dissolução das equipes, recompostas somente algum tempo depois, quando a ESF não está totalmente consolidado, há problemas que se expressam na produção, pela descontinuidade das ações (VIANNA & DAL POZ. 2005, adaptado).

⁵ Atualmente a coordenação é feita pela Enfermeira Especialista em Saúde da Família Luiziane Renata Feijó Senes dos Santos.

SEÇÃO III

Nesta seção abordaremos a metodologia da pesquisa que foi realizada através de entrevistas semi-estruturada com profissionais das equipes de ESF do Município de Palhoça.

3.1 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Observou-se nas seções precedentes a ESF como uma forma de reorganizar os serviços de saúde a partir de um novo modelo assistencial em saúde, baseada nos princípios do SUS, partindo de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

Neste processo de mudanças, temos observado algumas regiões do Brasil dando ênfase da importância do Assistente Social na ESF, a exemplo de Fortaleza/CE. Enquanto na equipe mínima, preconizada pelo Ministério da Saúde esse profissional não faz parte dessa Estratégia, mas na prática assistencial deste Município o Serviço Social foi incorporado, e tem obtido resolutividade nas múltiplas questões envolvendo os fatores sociais.

O Serviço Social da saúde no Município de Palhoça, onde fiz o estágio, funciona na forma de Plantão Social atendendo sob demanda livre nas questões das medicações via processo judicial, fornecimento de fraldas, materiais de curativo entre outros. Existe também a Secretaria de Assistência Social do Município, local no qual estão centrados todos os Programas e Projetos Sociais, como: Bolsa Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PET), Programa Sentinela, entre outros que serão descritos mais adiante e colocado em anexo. Porém, estes não têm conhecimento do que é ESF, e trabalham isoladamente.

Para mostrar a necessidade do Assistente Social na ESF foi elaborada uma pesquisa de campo, com entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados 33 (trinta e três) membros de 08 (oito) equipes de ESF do Município de Palhoça. A amostra foi escolhida de acordo com regiões existentes no Município, sendo esta com uma área territorial extensa, de 394,662km², buscando abranger as diversidades enfrentadas pelas equipes, nos diversos pontos do Município.

Na elaboração da pesquisa, a definição da amostra obedeceu aos seguintes critérios:

- Na escolha das equipes a serem abordadas buscou-se resguardar as particularidades de cada uma das regiões que compõem o município, sendo selecionadas 08 (oito) equipes das 24 (vinte e quatro) existentes. As 08 (oito) equipes atuam em locais diversos revelando a realidade municipal. As unidades foram: Pinheira, Brejarú, Madri, Ponte do Imaruim, Pachecos, Barra, Médio Aririú e Passa Vinte;

- Das 08 (oito) equipes foram entrevistados 33 (trinta e três) profissionais, sendo que este número corresponde a 33,3% do total das equipes;

- Os profissionais entrevistados foram médicos, enfermeiros de todas as equipes selecionadas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, conforme tabela abaixo.

TABELA 1: PROFISSÃO DOS ENTREVISTADOS	
PROFISSÃO	Quantidade
Médico	08
Enfermeiro	09
Técnico de Enfermagem	08
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	08
TOTAL	33

Fonte: Entrevistas com os profissionais da ESF em Palhoça, 2007.

As questões foram previamente elaboradas (ANEXO 04), pela acadêmica que registrou e gravou as entrevistas com o consentimento dos profissionais, após a assinatura de um termo de consentimento esclarecido (ANEXO 05).

A escolha destas foi devido à localização geográfica das unidades e assim poderíamos abranger todo o município e ter uma visão do geral, sendo que visitamos 50% das unidades de saúde e entrevistamos 33,3% das equipes.

Todos os profissionais das equipes se disponibilizaram em colaborar na pesquisa e demonstraram grande interesse pelo assunto. Os resultados da pesquisa de campo são apresentados e discutidas nos tópicos a seguir

A questão levantada primordialmente foi relativa à expressão das questões sociais, principalmente àquelas referentes à realização de ações e tarefas de competência do Assistente Social que hoje é realizada pelos diversos membros da equipe, por não existir este profissional nas equipes ou diretamente ligado a ESF.

3.2 PROCESSO DA PESQUISA DE CAMPO – DA SAÚDE AO SOCIAL

Neste item discorreremos sobre os questionamentos realizados, cada qual com a condensação dos dados e a discussão.

Problemas sociais verificados

Iniciou-se a entrevista solicitando aos profissionais que discorressem sobre os problemas sociais verificados em sua área de abrangência, todas as equipes foram unânimes no que tange a falta de condições socioeconômicas. Estas estão relacionadas à carência de recursos, principalmente para alimentação, transporte, medicamentos, fraldas geriátricas, materiais para curativo, e alguns citaram a falta de profissionais nas equipes, alcoolismo, tráfico de drogas e violência contra a mulher e a criança. Verificamos na tabela a seguir os problemas sociais mais citados pelos profissionais:

TABELA 2: PROBLEMAS SOCIAIS MAIS VERIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS NA AREA DE ABRANGÊNCIA DAS EQUIPES

PROBLEMAS SOCIAIS	Nº PROFISSIONAIS	%
Pobreza	28	13,8
Falta de alimentação	28	13,8
Violência contra criança, adolescente e mulher	24	10,3
Falta de medicamentos	21	10,0
Falta de condições de transporte	20	09,9
Falta de profissionais nas equipes	18	08,9
Falta de saneamento básico	17	08,4
Gravidez na adolescência	15	07,4
Outros*	33	17,5
TOTAL	204	100

Fonte: Entrevistas com os profissionais da ESF em Palhoça, 2007.

*O item outros, se refere a problemas citados como: abandono de idosos, desemprego, falta de vagas em creches, moradia precária, crianças sem registro, falta de orientação à população, pouco grau de instrução da população, pessoas acamadas, alcoolismo e tráfico de drogas.

Palhoça é um Município com uma taxa alta de imigração proveniente do interior do Estado por ser um local próximo de pólos industriais e comerciais como São José e Florianópolis, além de estar em expansão e em fase de implantação de uma área industrial. Devido à busca de melhores condições de vida e de emprego, muitas famílias, em condições econômicas precárias, vêm do interior e aqui se instalam, e, em decorrência estão se criando muitas favelas, como a do Frei Damião no Bairro Brejarú, no Caminho Novo, Laranjeiras, Jaqueira entre outros.

YAZBEK (1993) analisa a pobreza, a exclusão social e o precário sistema de proteção social público como principais fatores resultantes das questões sociais que permeiam a vida das classes subalternas da sociedade brasileira, na qual o assistente social defronta na prática profissional cotidiana.

Efetivamente, a lógica contemporânea de reprodução do capital, subordinada a um mercado sem limites e sem fronteiras sociais, vem produzindo “o caminho da irresponsabilidade global” e construindo uma trama social na qual, “rompem-se as regulações que bem ou mal, ordenavam à desigualdade” constitutiva do capitalismo (PAOLI, 1999 apud YAZBEK, 1993).

Junto a este crescimento desordenado vem à falta de saneamento básico, má infraestrutura, moradias precárias e inacabadas. Além da realidade muitas vezes não condizer com expectativa criada, às pessoas acabam ficando desempregadas, e passam por todos os

tipos de carências e problemas, como de alimentação, vestuário e medicamentos. Como forma alternativa de renda acaba surgindo o tráfico de drogas.

Como podemos perceber todos os problemas sociais citados pelas equipes, são comuns em grandes centros e em cidades em crescimento, como é o caso de Palhoça, e avaliamos que o verdadeiro problema é a forma de conduzir estes problemas, o que será discutido mais adiante. Observamos que os depoimentos, quando colocados no texto para reafirmar uma assertiva estão grafados em itálico.

Competência dos profissionais da equipe mínima para a resolução de problemas sociais

A questão seguinte a ser levantada se refere sobre a competência profissional dos membros das equipes, para a resolução dos problemas por eles citados na questão anterior.

Todos os profissionais, com exceção dos ACS que levavam o problema para a equipe, direcionando ao profissional enfermeiro, tentavam resolver da sua maneira, na grande maioria sem encaminhar para algum setor. Eles tentam resolver na própria unidade, como relata uma técnica de enfermagem: *“corremos de um lado para o outro buscando alternativas, mas nós não somos assistentes sociais”*, outro profissional relata *“fazemos o que podemos, tentamos resolver”*, no entanto a resolutividade relatada por eles é muito baixa para este tipo de atitude centralizadora, que pode ser interpretado por muitos como uma forma de poder.

Os 09 (nove) profissionais enfermeiros relataram que, na maioria das vezes, fazem papel de assistentes sociais na ESF, ficando muitas vezes sobrecarregados e deixando de fazer tarefas de sua competência, para realizar estudos sócio-econômicos, relatórios, encaminhamentos e etc. Um enfermeiro desabafa: *“passamos a fazer serviço social, orientamos quando necessário, doamos roupas, alimentos, colchões, tudo arrecadado na unidade, tentamos resolver sempre aqui, porque na assistência nunca tem nada e não resolve nada, como no caso dos colchões, tem que esperar um morrer pra doar pro outro, porque a gente nunca consegue”*.

Porém, todos referiram descontentamento com estas atitudes, pois, sabem que cada profissional tem sua competência própria, e eles sabem das suas e muitas vezes vão além, se sentem perdidos, como relatou um médico: *“eu fiz medicina e não serviço social, mas muitas vezes tenho que atuar como assistente social”*. Um termo que nos chamou

atenção com relação a um problema foi o que disse uma enfermeira “*nós políciamos as famílias*”, que, possivelmente por não contar com a formação adequada, interfere nas questões sociais de modo equivocado e policialesco, não levando em conta o contexto histórico e as condições de vida das mesmas por desconhecê-las.

Um outro questionamento torna-se central porque conduz a pensar o verdadeiro papel dos profissionais na ESF. Um elemento que se destaca é o ACS, que vem ampliando seu espaço na Estratégia e vem construindo um elo entre a comunidade e os profissionais de saúde. Torna-se o profissional que mais tem identificado e trabalhado com as demandas sociais, pois vive em contato constante com a comunidade. No entanto, não tem conhecimento teórico, metodológico e técnico-operativo para a intervenção junto às questões sociais.

Todavia, identificar demandas, localizar ou remediar carência, não é o suficiente, é preciso localizar os determinantes e realizar uma ação concreta. Os ACS recebem atribuições da equipe, principalmente do enfermeiro que não condizem com sua formação específica, pois não contam com suporte de conhecimento (teórico-metodológico e técnico-operativo), para desempenhar as ações a ele impostas. Estes não têm uma formação específica e não contém os conteúdos exigidos para as ações no campo do social, como por exemplo, a importância da participação popular nas políticas públicas, em casos de violência intrafamiliar, etc.

Por outro lado verifica-se a sinalização dos profissionais da ESF para as ações de competência exclusiva do Serviço Social e exigente de um domínio de técnicas e conhecimentos próprios da formação do assistente social, como exemplo as citadas na seção II no item 2.1.2.

Percebemos aqui uma gama de problemas, entre eles: a insatisfação dos profissionais da ESF com o desempenho das ações dos Programas e Projetos da Secretaria de Assistência Social do Município, o imediatismo dos profissionais e dos usuários, a falta de conhecimento e integração das equipes com os Programas e Projetos Sociais, a não interligação da ESF com os serviços sociais e vice-versa, etc.

O trabalho em equipe multiprofissional está restrito a unidade nos profissionais que nela trabalham. Neste espaço percebemos integração, comunicação e resolutividade para as questões voltadas à saúde, mas o social é visto como uma pequena parte do todo e não na totalidade, na integralidade. A maioria vê a área de assistência social como “ajuda”, somente um profissional enfermeiro sabia realmente o que é e como trabalha o serviço

social e tinha “atitudes” adequadas as suas competências, este assunto será mais bem discutido na próxima questão.

Conduta da equipe frente a um problema social

Quando questionado qual a conduta da equipe frente a um problema social, verificou-se que todos tentavam resolver algumas questões imediatamente por “pena” dando dinheiro, passe de ônibus do próprio bolso ou doando cestas básicas praticando o assistencialismo, e não fazendo encaminhamentos aos programas e projetos sociais públicos que funcionam na Secretaria de Assistência Social do Município, que a maioria diz “*não resolver nada*”.

Os 09 (nove) enfermeiros encaminhavam os casos de necessidade de fraldas, materiais para curativo e medicação de alto custo, para a Unidade Mista de Saúde na qual existe o Plantão Social da Saúde. Destes 03 (três) também encaminhavam para a Secretaria de Assistência Social do Município, mas, somente 01(um) enfermeiro, agendava os atendimentos, os outros mandavam ir até lá com ou sem encaminhamento, e também sem agendamento ou contato prévio.

Estas foram às falas mais comuns nas unidades de saúde “*O usuário não tem dinheiro para ir a uma consulta de média complexidade e a gente sabe da necessidade. Fazemos uma “vaquinha”, juntamos o dinheiro e doamos a passagem*”. Outro falou: “*Quando percebemos que o usuário e sua família não têm nada de comer, todos da unidade ajudam a formar uma cesta básica e doamos, e assim muitas vezes acontece com medicamentos que não tem na unidade de saúde*”. Um médico relata: “*nós encaminhamos um paciente para tentar conseguir cesta básica, e nunca tem, ele mora na beira do rio e nem luz tem, nós fizemos vaquinha e demos pra ele, vamos deixar ele com fome?*”.

Na entrevista percebeu-se, de forma inequívoca a visão assistencialista e paternalista do atendimento à saúde e principalmente nos problemas sociais quando detectados, em todas as equipes.

Percebemos, através das entrevistas com os profissionais da ESF que a saúde é ainda, mesmo nos dias atuais pensada numa visão assistencialista, como um favor e não como um direito social.

O que deveria ser esclarecido é a diferença de assistência e assistencialismo, fator este encontrado no cotidiano das equipes. Esclarecendo, que as Políticas de Assistência

Social procura garantir àqueles encontrados em situação de fragilidade condições para alcançarem seus direitos, a começar pelo direito ao amparo. Iniciando-se, pela construção de políticas públicas voltadas à recuperação de sua dignidade e auto-estima.

Ponto fundamental nesse processo é a própria construção das relações entre o Poder Público e as comunidades assistidas. Pela assistência social, esta relação se dará entre a comunidade carente e o Poder Público, no entanto o que se vislumbra é a possibilidade dos assistidos se organizarem de forma independente, elaborando suas demandas de forma coletiva e passando a crer mais em si próprio do que na intervenção de qualquer liderança ou autoridade que lhe apareça como "superior".

Já o assistencialismo, ao praticar a atenção às populações desfavorecidas, oferece a própria atenção como uma "ajuda", pelo valor da "gratidão" que os assistidos se vinculam ao titular das ações de caráter assistencialista. O que se perde aqui é a noção elementar de que tais populações possuem o direito ao amparo e que, portanto, toda iniciativa pública, voltada ao tema da assistência caracteriza dever do Estado.

Encaminhamentos sociais realizados

Ao conversar com eles sobre os encaminhamentos sociais realizados, os 09 (nove) profissionais enfermeiros encaminhavam, por escrito ou somente orientação verbal para o Conselho Tutelar, em casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos à crianças. Para o Plantão Social da Saúde ou para a Secretaria de Assistência Social do Município no caso da necessidade de fraldas, materiais de curativo, cesta básica, e para o setor de transporte nos casos de necessidade deste serviço. Os outros profissionais encaminhavam ao enfermeiro.

Percebeu-se durante as entrevistas certa insegurança dos outros profissionais da equipe como técnicos de enfermagem e médicos, para encaminhar os pacientes com necessidade de demanda social. Há muito descrédito com relação ao Serviço Social do Município, sendo que 25 (vinte e cinco) profissionais disseram não confiar neste serviço, e até quem encaminha acha que eles não resolvem e, no entanto, encaminham. Ouviu-se muitas falas como, por exemplo, *“encaminhar pra quem? Pra assistência? Eles não resolvem nada”*. Um enfermeiro nos citou um caso que ele encaminhou: *“uma paciente com 04 filhos, sendo que o mais novo tem 06 meses e está com desnutrição grave, o marido é biscateiro, trabalhando como pedreiro e ganha 750 reais, mas ela mora de*

aluguel e não trabalha porque não tem onde deixar os filhos, não conseguiu vaga nas creches do Município. A criança foi avaliada pela nutricionista e encaminhou para o complemento com leite Nan, mas a família não tem condições de comprar, então foi encaminhada á assistência social, que segundo a paciente disse não ser fornecido e também que ela não se encaixava no perfil sócio econômico. O enfermeiro desabafa: que perfil é este? Ela viu a criança? Foi na residência? Pra que assistência social assim?”.

Percebemos a resistência dos profissionais para encaminhar os pacientes, decorrente da baixa resolutividade dos atendimentos sociais na visão deles. Porém, sabemos que ao nos depararmos com problemas sociais, principalmente de precariedade de alimentação ou falta deste, nos comovemos e queremos resolução imediata, e não muitas vezes da situação que está levando a esta carência, além do que existem normas a serem seguidas nos serviço público. À burocracia, que grande maioria não quer realizar e nem seguir é a mais falada e comentada pelos profissionais, pelo fato de quando encaminhavam o usuário ao Plantão Social da Saúde para conseguir medicações via processos judiciais às respostas dadas pelos usuários eram: “*o que? Processo? Demora muito, eles pedem muita papelada*”.

Podemos perceber também os próprios pacientes, se “aproveitando” da situação de precariedade, para sensibilizar os profissionais e talvez conseguir resolver a sua necessidade de maneira mais ágil ou até imediata, porém a resolução imediata nem sempre é efetiva, pois ela pode não ser permanente. Tornam-se permanentes se o forem de direito, por vias legais, este é o verdadeiro papel do serviço social. Orientar em relação aos direitos e lutar por eles, ao contrário da prática imediatista de muitos profissionais, por isto reforça-se a necessidade destes profissionais, na ESF, atuando em conjunto com as equipes e orientando profissionais e população.

Referência utilizada para a solução dos problemas sociais da área de abrangência

Ao questionar sobre a referência para a solução dos problemas sociais, os profissionais das equipes direcionavam a fala ao profissional enfermeiro como referência, que encaminhava aos locais específicos, sendo os mais os citados: Conselho Tutelar, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa família e Plantão Social da Saúde. Somente 01 (um) médico realizava encaminhamentos sem referenciar a enfermeira, e

relatou fazer isto porque a equipe ficou algum tempo sem este profissional, pois antes também encaminhava a ele.

Devido à grande demanda para o enfermeiro atender, um profissional diz: “*ou nós temos que nos especializar em serviço social ou o assistente social tem que participar da ESF*”, e ainda outro disse: “*Tudo é pra nós, até a própria Secretaria de Assistência Social, encaminha os relatórios para nós fazermos, eles só cadastram e nós que temos que fazer os relatórios socioeconômicos, nós não somos especialistas nisto, nem sabemos os termos adequados, [...]*” e continuou dizendo que os assistentes sociais de outros setores e/ou programas dão mais valor quando é encaminhado por outro colega da mesma categoria, na qual relata ter ouvido de um assistente social quando precisou de parceria: “*o que enfermeiro entende de assistência social*”?

Percebe-se que a referência dos profissionais da equipe acaba sendo o enfermeiro que se sentem sobrecarregados e inseguros em atuar nas questões sociais, por não ser sua área específica de atuação.

Conhecimento da equipe sobre recursos e equipamentos sociais na ou para a sua área de abrangência

Percebeu-se que 23 (vinte e três) profissionais não sabiam para que local encaminhar os pacientes caso ocorresse uma situação de problemas sociais e 10 (dez) responderam afirmativamente, sendo que a resposta era a mesma “*pra assistente social na Prefeitura*”, sendo que muitos não sabiam horário, forma de atendimento e quais os programas existentes. Os que citaram o Conselho Tutelar, 06 (seis) tinham medo de acionar, como falou uma ACS “*sabe, nós somos daqui da comunidade e se a gente os denuncia, ficam sabendo que foi a gente, e nem querem mais nos receber*”; uma enfermeira citou que “*muitas vezes a gente tenta resolver os problemas por aqui, como num caso da mulher que sofre agressão do marido, que é usuário de drogas, ele chega drogado e bate nela, a gente conversa e tenta resolver*”.

Ninguém sabia responder quais os programas existentes na Secretaria Municipal de Assistência Social, e somente um técnico de enfermagem respondeu “*ah! Sei lá, Bolsa Família, Conselho Tutelar, não sei, é isto?*”. Podemos perceber a falta de conhecimento dos profissionais com relação a esta área na saúde.

Percebemos neste item que os profissionais não têm informações sobre os serviços oferecidos pela Secretaria de Assistência Social e de que forma eles podem ser acionados. A partir disto verificou-se a importância de estar junto a Secretaria de Assistência Social do Município, buscando informações para elaborar um folheto de referência para as equipes dizendo quais os Programas e Projetos existentes e o que compete a cada um (ANEXO 06), que será distribuído a todas as equipes de ESF no Município. As informações contidas foram conseguidas através do Gerente de Desenvolvimento Social, pessoa extremamente atenciosa e relatou que todos os programas estão em funcionamento. Porém, existem 15 (quinze) programas e, no entanto, atualmente, existem somente 08 (oito) assistentes sociais no Município, o que sugere sobrecarga de trabalho, e nenhuma destes profissionais nos deram informações sobre os programas que atuavam, sempre encaminhando a pessoa do gerente.

Importância do Assistente Social na ESF

Ao questionar sobre a importância do profissional Assistente Social na ESF e porque, todos os 33 (trinta e três) profissionais responderam que seria ótimo, pois teria maiores resolutividade dos problemas. Segundo eles, o Assistente Social poderia participar das equipes, vendo de perto os problemas de saúde acarretado por conseqüências de problemas sociais. Escutaria e participaria das questões trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde e trabalhariam em conjunto. Três profissionais relataram de que só o profissional de Serviço Social não faria milagres, o que precisaria é de Assistentes Sociais e recursos para estes poderem atuar de forma adequada na resolutividade dos problemas, como relata um enfermeiro: *“só o assistente social nem adianta, pra que? Mais um a dizer não dá, não tem. O que precisa é de profissionais com poder e condição de resolução dos problemas”*.

Percebe-se a falsa idéia de que o profissional Assistente Social resolveria todos os problemas sociais, ou pelo menos, grande parte deles sem um trabalho interdisciplinar.

A interdisciplinaridade, o trabalho em equipe são pontos fundamentais para a realização das ações em saúde, tendo como ponto estratégico de análise e reflexão o espaço institucional no qual se realizam as ações, talvez a visão reducionista de equipe de ESF atrelada à equipe mínima preconizada, dificulte um pouco em algumas situações este tipo de entendimento ou até mesmo a intersetorialidade, porque a partir do momento que se tem

consciência que a equipe não pode resolver o problema deve buscar ajuda em outros setores e não encerrar o assunto como não resolvido, a população não deve “pagar” pela nossa falta de integração disciplinar.

O espaço físico e sócio-ocupacional do assistente social na ESF

Ao questionar qual o espaço físico que o Assistente Social poderia ocupar, houveram diferentes hipóteses levantadas pelos profissionais, sendo que 23 (vinte três) responderam ser bom 01 (um) profissional em cada unidade de saúde, 04 (quatro) responderam poder ter um local de referência para as equipes. Nesta situação os profissionais deveriam se deslocar à unidade para realizar territorialização e acompanhamento dos usuários atendidos pelas equipes, onde já foram detectados algum problema social, e 06 (seis) que tivessem profissionais de serviço social em algumas Unidades de Saúde de maior vulnerabilidade social e com atendimento ampliado às outras unidades quando necessário.

Sobre o espaço sócio-ocupacional foi citado que os Assistentes Sociais poderiam estar realizando encaminhamentos adequadamente, conhecendo a realidade de perto, desafogando a demanda reprimida dos atendimentos feitos pelos enfermeiros, poderiam realizar grupos educativos, promoção de saúde, esclarecimento à população sobre seus direitos e deveres, realização de visitas domiciliares junto com a equipe, principalmente com o ACS.

Percebe-se que na verdade a equipe quer é um profissional de serviço social atuando com eles até mesmo na resolução de suas dúvidas, seja o profissional estar na equipe ou como referência deles. Todos da equipe têm incorporado à idéia de saúde como atuando diretamente na comunidade, por isto a importância de profissionais, mesmo em locais de referência, atuando em conjunto nas equipes realizando atendimentos e fazendo visitas domiciliares. Com isso pode-se aliar a competência do Assistente Social às existentes nas equipes para realizar um atendimento integral à saúde da população.

Organização da população em relação ao controle social.

Quando foi levantada a questão da organização da população para um melhor controle social, a resposta unânime foi individualismo e imediatismo, “*cada um por si e*

Deus por todos”, os pacientes querem na hora e pra eles, não se importando se alguém é mais necessitado, não existe controle social”. Somente 06 (seis) citaram a existência de conselho comunitário, sendo estes de 03 (três) Unidades de Saúde, e referiram este como atuante, mas não sabiam dizer de que forma.

A comunidade em si não se organiza ou busca seus direitos, e também foi enfatizado sobre o não conhecimento de seus direitos, como diz uma enfermeira: *“eles não sabem o que é controle social e nós também não dizemos a eles, nós também somos errados em parte”.*

Somente em uma equipe havia conselho local de saúde, e estava inativado no momento, uma outra equipe tentou instalar o conselho local de saúde, porém sem sucesso, segue o relato frustrado:

“Nós marcamos a reunião com a comunidade, convidamos as lideranças e fomos até lá, foram poucas pessoas, 07 ou 08, mas um vereador ficou sabendo e foi, o que aconteceu é que ele levantou os problemas que nós citamos e levou até a Secretaria de Saúde pedindo a resolução porque os funcionários do posto tinham feito uma reunião e reclamaram, o que aconteceu? Nada e ainda fomos mal interpretados, esta não era nossa intenção distorceram tudo e levaram pro lado da política. Nós precisamos de ajuda, e queremos ajudar a comunidade a se organizar”.

RAICHELIS (1998) destaca que o controle social, é visto como um processo em que a sociedade interfere na gestão pública nas três esferas do governo, e no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança social.

Acrescentando ainda, que controle social é a capacidade da sociedade intervir de maneira organizada nas políticas públicas, no intuito de inserir suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos. Ao unir a participação da população e o exercício do controle social podemos estabelecer uma nova relação entre o Estado e a sociedade, no qual há abertura do Estado para que a sociedade participe de suas decisões, podendo orientar e direcionar a construção de uma sociedade mais justa, solidária e comprometida com a cidadania.

Nessa perspectiva, a Constituição da Esfera Pública é parte integrante do processo de democratização da vida social, pela via do Estado e da sociedade civil, e é um movimento que pretende conferir níveis crescentes de publicização, em uma nova ordem democrática valorizada na universalização dos direitos e da cidadania.

Nesse contexto, colocamos que nós enquanto profissionais do Serviço Social, podemos contribuir por meio de uma ação pedagógica, a conscientização dos sujeitos sociais envolvidos, potencializando nesses a sua autonomia, na qual os sujeitos sociais deveriam ser livres e iguais na determinação das condições de suas próprias vidas.

Concepção de integralidade e papel da ESF.

Ao levantar a questão sobre a concepção de integralidade e qual o papel da ESF, percebe-se inicialmente alguns profissionais confundindo integralidade com integração e responderam *“nossa, a equipe trabalha integrada, todo mundo se dá bem”*, principalmente os ACS e técnicos de enfermagem. Os profissionais de nível superior, responderam que *“é ver a pessoa como um todo, não adianta receitar um remédio que não tem no posto e eu sei que o paciente não tem dinheiro pra comprar”*.

Dos 33 (trinta e três) entrevistados, 09 (nove) revelam dúvidas sobre a compreensão clara do que é ESF e qual sua real atuação na região. Percebeu-se a base de atuação das equipes serem as Unidades de Saúde, incluindo algumas atividades, como: visita e internação domiciliar, participação em grupos comunitários como creches e igrejas. Poucos são as atividades feitas pela própria equipe com relação à promoção e prevenção de saúde, segundo eles, devido à demanda reprimida e poucos profissionais atuando na unidade de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a ESF não tem a responsabilidade, apenas, de atendimento de urgência, acompanhamento, visitas e cadastramento, mas sim de desenvolver atividades de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, com as seguintes atribuições: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, identificar os problemas de saúde, elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral, resolverem, através da adequação utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados, desenvolver processos educativos para a saúde, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Brasil, 2006).

A maioria, ou seja, 24 (vinte e quatro) profissionais responderam saber o que é ESF e, no entanto, desabafavam: *“nós sabemos o que é, e que não é só ficar dentro do*

posto atendendo, mas com a falta de funcionários, fazer ESF como? ”. A queixa principal era a demanda reprimida e a falta de funcionários, além da não participação da comunidade nos grupos e a falta de compreensão dos mesmos a cerca da importância de sua participação.

Precisamos nos conscientizar da importância do controle social, principalmente enquanto profissionais de saúde, responsáveis por uma população a ser assistida e orientada por nós, que temos formação para educar, promover e prevenir. A população precisa de nós, e a recíproca é verdadeira, pois numa comunidade informada e participativa nas questões de saúde, os gestores são mais atuantes e a equipe acaba sendo favorecida nesta integração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que norteia a importância do Assistente Social na ESF ampliou o entendimento dos diversos espaços que este deve ocupar na área de Saúde da Família, principalmente no que tange em procedimentos como: encaminhamentos sociais, grupos educativos, promoção de saúde, esclarecimento à população sobre seus direitos e deveres, realização de visitas domiciliares junto com a equipe favorecendo o trabalho integrado da ESF com o Serviço Social, garantindo assim um melhor acesso da população a estes serviços colaborando para a integralidade na assistência a saúde.

Para enfatizar a necessidade de um profissional capacitado para as atividades citadas, como é o Assistente Social, foram realizadas entrevistas com profissionais da ESF do Município de Palhoça, nas quais obtiveram-se informações que refletem sobre o reconhecimento da importância do profissional na ESF.

A análise realizada nos deu uma visão da falta de segurança de alguns dos profissionais da equipe mínima para lidar com as questões sociais, por terem desconhecimento teórico, técnico-operativo e não saberem da existência e do funcionamento dos programas e projetos sociais existentes no Município e fora dele.

As informações obtidas em pesquisa de campo, refletem sobre o reconhecimento da importância do profissional de Serviço Social na ESF, partindo da lógica que os serviços de saúde melhoram na proporção da existência de compreensão sobre a competência de cada profissional nas suas ações, e destes mesmos em equipe, e também da complexidade do binômio saúde-doença, e do que isto representa para as pessoas atendidas e para os profissionais envolvidos.

As equipes referem que nos encaminhamentos realizados não há resolutividade das ações por parte da assistência social, ou seja, há uma quebra na continuidade dos serviços prestados. E na visão das equipes, isto está associado pelo fato da assistência trabalhar isoladamente da ESF, em programas e projetos não conhecidos pelos profissionais.

Para conseguir evoluir em direção ao objetivo da inserção do Assistente Social na ESF, seja constituindo as equipes ou em equipes de referência, seria necessário uma maior discussão e reflexão tanto dos profissionais envolvidos, quanto aos órgãos competentes e gestores responsáveis, como a realização de outros estudos que mostrem com mais ênfase esta questão.

Porém, há a consciência de que isso exige também um esforço do Ministério da Saúde na mobilização de recursos financeiros, seja na articulação com os demais níveis do governo, no sentido de divulgar a proposta ou através de incentivos financeiros que permitam aos Municípios efetivamente incorporar outros profissionais, que não os da equipe mínima. Atualmente a ESF precisa expandir compativelmente com a real necessidade para garantir ampla cobertura à população usuária do SUS e, efetivar de uma vez por todas a eficácia e a qualidade dos serviços prestados, e garantir o acesso a saúde a todas as faixas da população, seja em idade ou em nível socioeconômico.

O que se pretende com este trabalho, não é criar uma nova utopia e sim gerar novas reflexões sobre a ESF que temos hoje e a que nós precisamos, sobre trabalho em equipe e competências profissionais, não se pretendeu em momento algum ‘tirar’ o lugar de ninguém e muito menos culpabilizar a nossa necessidade, mas sim enfatizar a importância do Assistente Social na ESF. Hoje é refletir sobre o que temos e o que queremos ter, e a partir deste buscar uma diretriz, um caminho a trilhar, na direção dos princípios contidos no SUS e na constituição.

Após concluir o presente trabalho a pesquisadora apresenta como ação prepositiva a realização de novos estudos que possam aprofundar a questão de uma parceria entre o Assistente Social e o Enfermeiro na supervisão do restante da equipe junto aos usuários e comunidade, além da efetivação do profissional de Serviço Social na ESF.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho**. Revista interface – comunicação, saúde e educação. São Paulo: 2001.

ARAÚJO, M. B. de S. **Trabalho em Equipe: um desafio da Estratégia de Saúde da Família**. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: www.abrasco.org.br, acessado em 29/11/2006.

BERTONCINI, J. H. **Da Intenção ao Gesto – análise da implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau**. Centro de Ciências da Saúde, Curso Pós Graduação em Saúde Pública, Mestrado em Saúde Pública. UFSC, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos Pela Saúde - V.4. Brasília: 2006a.

_____. _____. **Programa saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/dab, acessado em 17 de novembro de 2006b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade/ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006c.

_____. _____. **Saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/home.htm> Acesso em: 08 mar. 2003.

_____. _____. Em Arapiraca, o impacto dos novos procedimentos. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, ano 2, nº 5, p. 41-43, mai. 2002(a).

_____. _____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS**, Brasília: MS, 2002(b).

BRASIL, **Constituição da República Federativa**. (Org) Alexandre de Moares. São Paulo: Atlas, 17ª ed. 2001(a).

_____. _____. Secretaria executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Legislação de Saúde Mental 1990-2001/Coordenação – Geral de Documentação e Informação – 2ªed**. Revista e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2001(b).

BRASIL, Ministério da Saúde. Educação permanente. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**, Vol.3, Brasília, 2000.

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

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade e Saúde da Família. **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. _____. **Norma Operacional Básica/NOB**, Brasília: MS, 1996(a).

_____. _____. **Contribuindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar**. Brasília. Ministério da Saúde, 1996(b).

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa**. Brasília, 1994.

_____. _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1993.

_____. _____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília.

_____. _____. **Lei 8142 de 28 de setembro de 1990**. Brasília.

BRESSER, L. C. P. “A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle”. In: Lua Nova, 45, São Paulo, CEDEC, 1998, p.49-96.

BUSS, P. M.(Coord.) et al. **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: www.fiocruz.br. Acessado em 13 de novembro de 2006.

BUSS, P. M. **Uma introdução no conceito de saúde e promoção de saúde**. In: Cnesresnia & C. M. F. Freitas (org) **promoção da saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, F.E.; BELISSÁRIO, S.A. **o programa saúde da família para a formação profissional e a educação continuada**. Interface – comunicação, saúde e educação. 2001; n.9.

CARVALHO, A. M. P. de. **Estado e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo**. In: Revista de Políticas Públicas. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão. V6 n°01 p.41-46. Jan/jun 2002.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CARTA DE OTTAWA. Organização Mundial da Saúde. 1986

Centro de ciências sociais aplicadas. **Serviço social**. Campo grande: MS, 2006. disponível em: http://www.ucdb.br/guiaprof/2005/servico_social.php

CIAMPONE, M. H. T. **Os Desafios do Trabalho em Equipe: Buscando as especificidades nas Instituições de Saúde**. Disponível em: <<http://www.10email.kit.net/10email/diversos4/trabalhoemequipe.htm>> Acesso em 16 dez. 2006.

CRESS/MA. Conselho Regional de Serviço Social. 2ª Região/MA. **Coletânea de Leis**. Gestão Organizadora e Trabalho de 1999/2002.

CRESS/CE. Conselho Regional de Serviço Social. 3ª Região/CE. **A Construção Coletiva do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Fortaleza, 2006.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, Ano XXI, n° 62, 2000.

Serviço Social e Ética: **convite a uma nova práxis** / Dilseia A Bonetti (org.)... [et. Al.] – 3ª ed. – São Paulo, Cortez, 2000. CODIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL, 1993

CZERESNIA, D. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Dina Czerennia (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 176p.

DÂMASO, R. *Saber e Práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário*. In TEIXEIRA, S. F. (org) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, ABRASCO, 1989.

EVANGELISTA, A. S. M.; SILVA, K. M.; OLIVEIRA, R.V. G. *Controle Social: A concepção dos profissionais de saúde inseridos nas equipes da Estratégia de Saúde da Família do Município de Palhoça*. II curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Centro de Ciências em Saúde. UFSC, 2005.

FEIJÓ, L. R. et al; *O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família no Brasil: “O estado da arte”*. I curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Centro de Ciências em Saúde. UFSC, 2003.

FALEIROS, V. de P. *A política social do Estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 1995. (7ª edição).

GONÇALVES, R. H. *Análise da implantação das equipes de saúde da família nos municípios da 18ª regional de saúde do Estado de Santa Catarina*. Monografia de Especialização em Saúde da Família. Tubarão: UNISUL, 2002.

HELD, D. *Desigualdades de Poder, Problemas de Democracia*. In: MILIBAND, D. (org). Reinventando a esquerda. São Paulo: Unesp, 1997, p. 67-82.

IAMAMOTO, M. V. *A questão social no capitalismo. Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Brasília: Ano 02. nº03. Brasília: 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico*. 8ª ed. São Paulo: Cortez. Lima (PE): Celatas, 1991.

IAMAMOTO, M. V. *A prática como trabalho e a inserção do Assistente Social em processos de trabalho. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998, p. 57-71.

LAURINDO, D. L. P. & BORGES, V. F. *Desafios para a Integração das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. II curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Centro de Ciências em Saúde. UFSC, 2005.

LAURELL, A. C. A Saúde–Doença como Processo Social. In: **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. NUNES, E. D. (Org). São Paulo: Global Editora, 1983.

LIMA, T. C. S. de. *Serviço Social e Intervenção Profissional*. UFSC. Florianópolis, 2004.

LUZ, M. T. Natural Racional Social: razão médica 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.

MATOS, M. C. de. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária/Maurílio Castro de Matos. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2000.

MACHADO, L. M. *O Programa Saúde da Família no Distrito Federal na voz de seus atores*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social: Ser Social. Brasília: UNB. Vol01. 1º semestre, 2002.

MIOTO, R. C. T. *A dimensão técnica – operativa do exercício profissional dos assistentes sociais em foco*. UFSC: 2006. (Mimeo) apostila apresentada ao curso de serviço social.

MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M.; ANSEMI, M. L.; FERREIRA, S. L. *Agentes Comunitários de Saúde: como para o Ceara... bom para o Brasil?* Saúde em Debate. Londrina: CEBES nº 37, dez. 1992.

MORAES, A. (org). *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Atlas, 17ª ed. 2001b.

NETTO, J. P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2001.

NOGUEIRA, V. M.R. *O Serviço Social na Área da Saúde*. Universidade Federal de Santa Catarina/departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2003, mimeo.

_____. *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.

NORONHA, J. C. de, & SOARES, L.T. *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. Revista ciência e saúde coletiva v.6, n.2. Rio de Janeiro, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Secretaria da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. *Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores*. Comissão sobre determinantes sociais de saúde: 2005. disponível em: www.who.int/social_determinants/ acessado em dez. 2006.

PALHOÇA, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde e Medicina Preventiva. Coordenação da Estratégia de Saúde da Família. *Organização da Atenção Básica sob Ótica da Estratégia de Saúde da Família – Protocolo de Funcionamento para as Unidades de Saúde da Família*. Palhoça/SC, 2006.

PELLEGRINI FILHO, A. *Compromisso com a ação*. Ministério da saúde: Secretaria Técnica da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde(CNDSS) – Brasília: 2006.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas, 1998. Tese de doutorado – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. *A equipe multiprofissional de saúde da perspectiva do processo de trabalho e do agir comunitário*. VI Congresso Brasileiro De Saúde Coletiva. Salvador: 28 de agosto a 01 de set. Livro de Resumos. p. 298, vol. 5 suplemento, 1998.

PINHO, M. C.G. de. *Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz*. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2006.

RAICHELIS, R. *Assistência Social e Esfera pública: os conselhos no exercício do controle social*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 56, março 1998, p. 77-96. São Paulo: Cortez, 1998.

- RESENDE, A.L. M.de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1989.
- RODRIGUES, A. *Ribeirão das Neves, cidadania no horizonte*. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, ano 1, nº 2, p. 38-45, jun.-jul., 2000.
- ROBBINS, S. *Fundamentos do comportamento organizacional*. 7ª Ed. São Paulo: 2004.
- ROMANO, B.W. (1999). Equipe multiprofissional: é possível a inserção do psicólogo? Em: **Princípios para a prática da Psicologia em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. de. *Apoio ao Programa Saúde da Família*. 2004. Disponível em: www.itd.bvs.br. Acessado em 29/11/2006.
- SANCHEZ, M. F. M. *Competência Profissional do Assistente Social na Atenção Básica a Saúde: Um Estudo Exploratório*. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso. UFSC, 2004.
- SANTOS, R. dos. *Saúde da Família: possibilidades e limites para viabilização do PSF na região do Monte Cristo*. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social, UFSC, 1998. (8ª E 10ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE)
- SILVA, M. O. S. *Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura*. In SILVA, M. O. S.(Org) *O Serviço Social e o Popular*, resgate histórico metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo, Cortez, 2002, p.97-216.
- SILVA, M.L. *O novo fazer profissional*. Texto de capacitação/ABEPSS, 2001.
- SOUZA, R.B. de; & AZEVEDO, V.G. *O Assistente Social e a ação competente: a dinâmica cotidiana*. In. Serviço Social e Sociedade 80, ano XXV, São Paulo: Cortez, nov/2004, p.48-58.
- SOUZA, H. M. de. *Programa saúde da família: entrevista*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. V.53, n. Especial, p.1-173, dez. 2000.
- TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C.de S. *O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação*. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, abril / junho 1998.
- VIANA, A. L. d' P.; DAL POZ, M. R. *O processo de reforma em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.
- VIANNA, M. I. P.; COSTA, H.G.; SANTOS, L. A. S. *Projeto de Prática Multiprofissional na Atenção à Saúde no Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho: o Desafio no Processo de Formação de Profissionais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.
- VERDI, M.; EGGERT, I. B. ZAMPIERI, M. de F. M. (organizadores). **Enfermagem na atenção primária de saúde: Tetos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. V.1 385p
- WIESE, M. L. *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.
- WIKIPÉDIA. Dicionário virtual. Disponível em: www.wikipédia.org. Acessado em 12 de dezembro de 2006.
- YAZBEK, M. C. *Classes Subalternas e Assistência Social. Pobreza e Exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1993.

ANEXOS

DECRETO DE 13 DE MARÇO DE 2006.

Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS, com o objetivo de:

I - apoiar e articular a atuação do Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil sobre determinantes sociais relacionados à melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias;

II - promover modelos e práticas efetivas relacionadas aos determinantes sociais da saúde e voltados à inserção da equidade em saúde nas políticas de governo;

III - contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde;

IV - organizar e gerar informações e conhecimentos voltados a informar políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde; e

V - mobilizar setores de governo e a sociedade civil para atuar na prevenção e solução dos efeitos negativos de determinantes sociais da saúde.

Art. 2º A CNDSS será composta por dezessete membros, de livre escolha e designação pelo Ministro de Estado da Saúde, entre brasileiros de renomado conhecimento e liderança em temas da área da saúde e integrantes de instituições acadêmicas, de notável saber.

Art. 3º Com vistas ao atendimento de seus objetivos, a CNDSS deverá:

I - reunir dados sobre intervenções eficazes e propor políticas relativas aos principais determinantes sociais, com ênfase nas populações de baixa renda;

II - articular redes de especialistas, líderes sociais e pesquisadores com vistas a reunir conhecimentos sobre intervenções e políticas efetivas para enfrentar os determinantes sociais da saúde, priorizando contextos sócio-políticos de baixa renda;

I II - fomentar debate social amplo e atuar para que o Poder Público, as organizações da sociedade civil e agências internacionais relacionadas implementem políticas para intervir sobre os determinantes sociais que condicionam o nível de saúde; e

IV - elaborar programa de ação a médio e longo prazo para incorporar as suas recomendações às políticas, planos e programas relacionados com a saúde, bem como para promover a sua implementação no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 4º Para promover a articulação com as áreas de governo e prestar apoio técnico aos trabalhos da CNDSS, fica constituído Grupo de Trabalho, cujos membros serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde, mediante indicação do respectivo representante pelos dirigentes máximos das seguintes instituições:

I - Casa Civil da Presidência da República;

II - Ministério da Saúde;

III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

IV - Ministério da Fazenda;

V - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

VI - Ministério da Educação;

VII - Ministério da Ciência e Tecnologia;

VIII - Ministério da Cultura;

IX - Ministério do Esporte;

X - Ministério das Cidades;

XI - Ministério do Meio Ambiente;

XII - Ministério do Trabalho e Emprego;

XIII - Ministério da Previdência Social;

XIV - Ministério do Desenvolvimento Agrário;

XV - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República;

XVI - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República;

XVII - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

XVIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e

XIX - Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS poderá indicar representante para integrar o Grupo de Trabalho de que trata este artigo.

Art. 5º A CNDSS, no prazo de até trinta dias após a sua primeira reunião, submeterá à aprovação do Ministro de Estado da Saúde proposta de seu regimento interno, que disporá sobre o seu funcionamento.

Art. 6º Os serviços prestados pelos membros da CNDSS e do Grupo de Trabalho, considerados de relevante interesse público, não serão remunerados.

Art. 7º A CNDSS terá prazo de dois anos para conclusão de seus trabalhos, com apresentação de relatório final ao Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de março de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

ANEXO 02

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

- a) os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;
- b) a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º inciso II artigo 1º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990;
- c) a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;
- d) o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;
- e) que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo Único: Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo Único: na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher às demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do conselho municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde - SUS.

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos, deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará

qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

ANEXO 03

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
GERÊNCIA DE APOIO Á REDE PÚBLICA**

Tabela de recursos da Saúde da Família - Resumo - (Portaria 396 e 074 do MS)

Para cálculo de pagamento de municípios utilize as tabelas abaixo:

Fórmula de cálculo:

3450 habitantes X número de equipes/ número de habitantes = % de cobertura

Verifique o percentual (%) de cobertura e veja o valor correspondente por equipe;

Ao encontrar o valor multiplique pelo número de equipes solicitadas.

Exemplos:

3450 X 01 ESF/ 10.900 hab. = % 31,65 =RS 49.464,00 (Tabela 01 – de 100.000)

3450 X 05 ESF/109.000 hab. = % 15,82 = R\$ 46.224,00 (Tabela 02 + de 100.000)

Tab. 1 - PSF – Municípios abaixo de 100 mil habitantes

Percentual %	Valor em R\$
0 a 4,9	33.612
5 a 9,9	36.828
10 a 19,9	40.032
20 a 29,9	46.224
30 a 39,9	49.464
40 a 49,9	52.920
50 a 59,9	56.592
60 a 69,9	60.576
70 e mais	64.800

Tab. 2 - PSF – Municípios acima de 100 mil habitantes

Percentual %	Valor em R\$
0 a 4,9	33.612
5 a 9,9	36.828
10 a 19,9	46.224
20 a 29,9	52.920
30 a 39,9	56.592
40 a 49,9	60.576
50 e mais	64.800

Valor de cada ACS	Valor do Incentivo de Custeio/ACS/Ano (13 salários mínimos)	Mod.I	Mod. II
13 x 01 salário mínimo	Valor do incentivo p/ implantação de ESF R\$10.000,00	20.400.00	26.400.00
	Valor do incentivo p/ implantação ESB R\$ 6.000.00		

ANEXO 04

PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA DO TCC

PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

Médico (a); Enfermeiro (a); Técnico de enfermagem; Agente Comunitário de Saúde

NOME:

PROFISSÃO:

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

- 01) Discorra sobre os problemas sociais verificados em sua área de abrangência.
- 02) Fale sobre a competência dos profissionais da equipe mínima para a resolução destes problemas.
- 03) Qual a conduta da equipe frente a um problema social?
- 04) Quais os encaminhamentos sociais realizados?
- 05) Qual a referência utilizada para a solução dos problemas sociais da sua área de abrangência?
- 06) A equipe tem conhecimento sobre recursos e equipamentos sociais na ou para a sua área de abrangência?
- 07) Você acha importante o assistente social no PSF? Por quê?
- 08) Qual seria o espaço sócio-ocupacional do assistente social na Estratégia Saúde da Família?
- 09) Discorra sobre a organização da população em relação ao controle social.
- 10) Qual a concepção de integralidade e papel da ESF, que sua equipe tem.

ANEXO 05

TERMO DE CONSENTIMENTO

DECLARAÇÃO

Eu, _____

Declaro para devidos fins autorizar as informações por mim fornecidas a título de pesquisa para o Trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina da acadêmica Terezinha Pflieger Bazil, desde que em nenhum momento seja identificada a minha identidade, nem fornecido nenhum dado á instituição em que trabalho que me cause algum prejuízo.

Assinatura

Palhoça, /01/2006.

ANEXO 06

PROGRAMAS E PROJETOS SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL (PETI)

Atende 265 crianças e adolescentes, com idade entre 07 a 15 anos de idade do trabalho perigoso, insalubre e degradante;

Possibilita o acesso, a permanência e o bom desempenho de crianças e adolescentes na escola;

Fomenta e incentivar a ampliação do universo de conhecimentos da criança e do adolescente, por meio de atividades culturais, esportivas, artísticas e de lazer no período complementar ao da escola, ou seja, na jornada ampliada;

Proporciona apoio e orientação às famílias por meio da oferta de ações sócio educativas;

Promove e implanta programas e projetos de geração de trabalho e renda as famílias.

PROGRAMA CLAREAR / SENTINELA

Oferece apoio, acompanhamento e atendimento psicossocial às famílias vítimas de violência sexual infanto-juvenil, acompanhadas pelo Conselho Tutelar, bem como atuar na prevenção de novos casos.

Construir, em um processo coletivo, a garantia dos direitos fundamentais dessas crianças e adolescentes, o fortalecimento de sua auto-estima e o restabelecimento do direito à convivência familiar e comunitária em condições dignas de vida.

PROGRAMA SÓCIO EDUCATIVO DE LIBERDADE ASSISTIDA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SOCIAL

O programa destina-se ao atendimento de adolescentes autores de atos infracionais às medidas judiciais conforme os artigos 117 e 118 do ECA. Realiza intervenção sócio-educativa ao adolescente autor de ato infracional, em regime aberto,

encaminhado pelo poder judiciário, a fim de promovê-lo, bem como sua família, elevando sua condição de cidadania.

PROGRAMA ABRIGO – CASA LARES

O município realiza a manutenção de duas casas lares, onde crianças e adolescentes são abrigados e protegidos dos mais diversos tipos de violência. É uma alternativa de atendimento de crianças e adolescentes em regime de abrigo, dentro dos conceitos legais conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente divididos em 15 (quinze), com idade de 00 a 06 anos misto e feminino até 17 anos e 11 meses, que ficam na casa lar feminina e 15 (quinze) em idade 07 a 17 anos e 11 meses masculinos que ficam na casa lar masculina.

PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO FAMILIAR

Visa a efetivação de ações de suporte, prevenção, orientação, encaminhamento e apoio às famílias com níveis importantes de dificuldades sociais, racionais e existenciais na perspectiva de fortalecê-las como geradoras direta de proteção a seus membros.

SERVIÇOS BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Efetivação do benefício de prestação continuada, no valor de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com mais de 65 anos de idade e que provem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família (artigo 20 da LOAS). O benefício é pago pela Previdência Social.

PROGRAMA DE ASSISTENCIA EMERGENCIAL PLANTÃO SOCIAL

Garante os mínimos direitos sociais à população de baixa renda do município de Palhoça através da triagem realizada pelo serviço social, benefícios emergenciais, como auxílio transporte, cesta básica, orientações em geral.

SERVIÇOS DE BENEFÍCIO EVENTUAL / AUXÍLIO FUNARAL

Atende famílias de baixa renda com a liberação de auxílio funeral, garantindo o direito do benefício eventual, conforme artigo 22 da Lei Orgânica da Assistência Social.

PROGRAMA DE ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

Auxilia a manutenção do funcionamento da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de ensino oferecido aos usuários.

PROGRAMA HABITAR BRASIL / BID

Este programa compreende dois subprogramas:

Subprograma de Desenvolvimento Institucional – DI

Que se destina a atuar na melhoria das condições habitacionais do município, prioritariamente para famílias de baixa renda.

Subprograma de Urbanização de Assentamentos Subnormais – UAS

Que consiste na integração de projetos para urbanização de áreas degradadas, de risco ou aglomerações urbanas ocupadas por sub-habitações de famílias de baixa renda.

PAR – PROGRAMA DE ARRENDAMENTO RESIDENCIAL

Concede as famílias com renda de 06 salários mínimos a possibilidade de arrendamento residencial com opção de compra no final do período contratado.

PSH – PROGRAMA DE SUBSÍDIO HABITACIONAL

Este programa concede às famílias de baixa renda que possuem terreno, o benefício bolsa construção, além de todo o apoio necessário como auxílio na mão de obra, projeto, acompanhamento, etc.

PROGRAMA DE ATENÇÃO AO IDOSO

Concede condições para que os grupos de convivência da terceira idade possam realizar atividades de integração, recreação e lazer, proporcionando auto-estima dos participantes, tirando-os da ociosidade. Oportunizando também a criação de novos grupos.

Viabiliza o apoio técnico e financeiro para manutenção dos grupos já existentes.

PROGRAMA DE ATENÇÃO À CRIANÇA

Manutenção do atendimento de 1500 crianças de 00 a 06 anos, atendidas pelos Conselhos Comunitários do Município, abrangendo famílias de baixa renda que necessitam do serviço de educação infantil, para conseguirem trabalhar.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Da proteção integral a todo o grupo familiar e construir para o seu desenvolvimento. É realizado atendimento às famílias carentes do município, orientado para receber os benefícios pagos pelo governo Federal.