

ANGELA DUARTE

**A INSERÇÃO DO ACADÊMICO DE SERVIÇO SOCIAL NA REDE DOCENTE
ASSISTENCIAL DO BAIRRO SACO GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra Regina Célia Tamaso Miotto

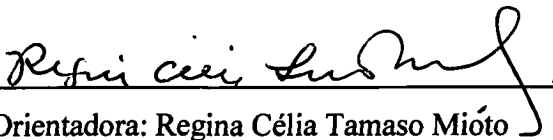
**FLORIANÓPOLIS
JULHO/2008.1**

ANGELA DUARTE

**A INSERÇÃO DO ACADÊMICO DE SERVIÇO SOCIAL NA REDE DOCENTE
ASSISTENCIAL DO BAIRRO SACO GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:



Orientadora: Regina Célia Tamasso Mióto
Professora Dra. do Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente



Hélder Boska de Moraes Sarmento
Professor Dr. do Departamento de Serviço Social – UFSC



Francielle Lopes Alves
Assistente Social

**FLORIANÓPOLIS
JULHO/2008**

*Dedico esta conquista
à Victória, minha filha, amiga, amada;
à memória de Hêlio, meu saudoso pai;
à Maria Goreti, minha mãe e meu porto seguro;
à Andréia, minha irmã e camarada,
assim como, a todos(as) que amo.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, força maior que rege o Universo e rege também este pequeno universo que é minha vida.

A minha família:

Victória, minha filha amada, que desde muito cedo precisou compreender a minha ausência (física e, por vezes, mental). A tua existência me revigora.

Andréia, minha irmã e camarada que, direta ou indiretamente, sempre me apoiou “segurando a peteca” na minha ausência.

Hélio (in memóriam) meu saudoso pai, que também foi meu porto seguro e minha referência masculina. O teu caráter e a tua dignidade são as tuas heranças mais valiosas e são as bases que fundamentam a minha vida.

Aos meus amigos e irmãos de coração:

Rodrigo, que foi um dos primeiros a me incentivar a prestar o vestibular e esteve sempre ao meu lado.

Kleber, que também me incentivou desde o início, me acompanhou durante todo o processo de formação e agora, neste último momento, não foi diferente. Amigo incondicional, admiro-te muito!

Fátima, minha prima, irmã e amiga. Palavras não são suficientes para expressar o meu afeto por ti. Admiro-te muito! Afeto que também se estende aos meus queridos do Sítio Nossa Senhora de Fátima: **Tia Graça, Tio Zeca, Nino, Marcelo, Rose, Eduardo, Rafaella, Bruna, Thiago e Arthur** (o brotinho da família).

Elke, Márcia, Sandra, Marcelo, Marcelo Ricardo, Maycon obrigada pela amizade de vocês.

À Rosana Gaio, pelo seu prestimoso apoio neste momento tão importante, mas também tão tenso.

À banca examinadora: Professor Helder e Assistente Social Francielle, obrigada pela sua contribuição.

À Professora Regina, pela sua contribuição, seu empenho e sua paciência.

Por fim, ao Departamento de Serviço Social, através do corpo docente e a Universidade Federal de Santa Catarina.

*"Mudam-se os tempos,
mudam-se as vontades,
muda-se o ser,
muda-se a confiança,
Todo mundo é composto de mudança
Tomando sempre novas qualidades."
Luís Vaz de Camões*

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo mapear a produção monográfica do Serviço Social no âmbito da atenção básica em saúde, no contexto da Rede Docente Assistencial (RDA) no município de Florianópolis. Visando tal objetivo, o trabalho apresenta o cenário onde a produção monográfica se desenvolve. Para tanto, apresenta uma breve retrospectiva de política de saúde no Brasil, enfatiza a proposição e organização do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em seguida, trata da questão da formação de profissionais em saúde, para responder as exigências da política nacional, descrevendo a proposta da RDA e particularmente o Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF). Depois apresenta sete produções monográficas de graduandos em Serviço Social. As produções monográficas encontradas referem-se ao período correspondente aos anos de 2003 a 2006 e estão vinculadas às experiências de estágio curricular obrigatório dos graduandos de Serviço Social da UFSC. Destas produções, destacam-se os trabalhos: *As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde (2003)*; *A Gravidez e a Maternidade na Adolescência: Um estudo a partir da Unidade Básica de Saúde Saco Grande (2004)*; *O Acesso a Medicamentos no Âmbito do SUS: Demandas para o Serviço Social (2004)*; *A Determinação Social da Saúde: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC (2006)*; *Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma contextualização histórico-social (2006)*; *Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde (2004)*; *Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social (2006)*. Posteriormente, faz-se algumas considerações sobre as produções em questão. Finaliza-se com as considerações finais sobre a apreensão do processo e algumas sugestões.

Palavras chaves: atenção básica, Serviço Social, Rede Docente Assistencial e produções monográficas.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABEPS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
PSF – Programa Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
PRISF – Programa de Residência Integrada em Saúde da Família
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão
IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
RDA – Rede Docente Assistencial
SUS – Sistema Único de Saúde
VIII CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
GPAB-A - Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	12
1.1 Uma Breve Retrospectiva	12
1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)	16
1.3 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	20
1.4 Política Nacional de Atenção Básica	22
2 A PROPOSTA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS: A RDA.....	25
3 A PRODUÇÃO MONOGRÁFICA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA RDA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	30
3.1 As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde	31
3.2 A Gravidez e a Maternidade na Adolescência: Um estudo a partir da Unidade Básica de Saúde Saco Grande.....	35
3.3 O Acesso a Medicamentos no Âmbito do SUS: Demandas para o Serviço Social.....	38
3.4 A Determinação Social da Saúde: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC	41
3.5 Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Uma contextualização histórico-social	44
3.6 Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde.....	46
3.7 Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social.....	51
3.8 Considerações sobre as produções monográficas	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60

APRESENTAÇÃO

A partir do conceito ampliado que o SUS preconiza, a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2001). Estabelece como princípios norteadores a universalidade de acesso, a integralidade no atendimento, bem como a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. A saúde passa a ser reconhecida como um direito social inter-relacionando-se com direitos econômicos e políticos. Nesse contexto estrutura-se o Sistema Único de Saúde, cuja implementação aponta para a necessidade de formar profissionais capazes e comprometidos com a nova proposta.

Nesse movimento insere-se o Serviço Social que, orientado por seu projeto ético-político, busca formar profissionais para o SUS e consolidar seu espaço no campo da atenção básica, ou seja na Estratégia de Saúde da Família. Assim, a inserção de assistentes sociais na área da saúde, se faz na busca do cumprimento dos dispostos do SUS.

No município de Florianópolis/SC, o Serviço Social na atenção básica encontra-se inserido na Unidade Local de Saúde (ULS) do bairro Saco Grande através da Rede Docente Assistencial (RDA). A RDA faz parte de um convênio entre Prefeitura Municipal de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para que se faça cumprir orientado por uma das diretrizes do SUS, que busca fomentar a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, pautada no modelo assistencial na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O momento em que se vivenciou a experiência de estágio no Serviço Social da Rede Docente Assistencial, possibilitou-se conhecer a realidade em que o Serviço Social se insere, na busca por respostas às diferentes demandas que se apresentam no contexto da Unidade de Saúde do Bairro Saco Grande. Nessa direção, o presente Trabalho de Conclusão de Curso, tem como objetivo central mapear as produções monográficas do Serviço Social na atenção básica em Saúde, com base nas produções monográficas do Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, no âmbito da Rede Docente Assistencial (RDA), realizadas até o ano de 2006, particularmente na atenção básica em Saúde.

Pretende buscar subsídios para ampliar o entendimento sobre as diversas demandas para o Serviço Social na área da atenção básica em saúde, tendo como principal referência os três eixos de intervenção propostos por Miotto: Processos Sócio-Assistenciais, Processos de Planejamento e Gestão e os Processos Político-Organizativos (2003, apud LIMA, 2004).

Desse modo, o trabalho se desenvolve em três seções: A primeira buscará contextualizar a Política de Saúde no Brasil através de um breve resgate histórico, discorrendo também sobre a forma como estão organizados o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na segunda seção, será elencada a estruturação do Serviço Social no âmbito da RDA, bem como a organização da RDA e do PRISF.

Na terceira seção para conhecimento e considerações, apresentam-se as principais idéias contidas nos Trabalhos de Conclusão de Curso do Serviço Social no campo da atenção básica em saúde em Florianópolis, especificamente no âmbito da RDA. Utiliza-se o levantamento bibliográfico subsidiado pelas produções monográficas de sete profissionais, que desenvolveram estágio curricular nas UBS dos bairros Saco Grande e Agrônômica, nas quais, naquela conjuntura, o Serviço Social se inseria através RDA.

Ao final, nas considerações finais, apresentam-se as principais idéias apreendidas no processo e algumas contribuições.

1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Uma Breve Retrospectiva

No Brasil, a política de saúde começou a ser formulada a partir dos anos 1930. Antes desse período, grande parte da atenção à saúde da população a era assumida por instituições de caridade de ordem religiosa ou pela medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros, etc.). As camadas com melhor poder econômico buscavam assistência junto aos profissionais liberais. Ao Estado cabia a responsabilização por ações isoladas e emergenciais com objetivo de controlar grandes surtos de epidemias e endemias (malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, tuberculose, hanseníase, parasitoses, etc.), para que o modelo de produção (agroexportor) daquela conjuntura não fosse prejudicado.

Este modelo de atenção à saúde foi praticado até a metade da década de 1960, denominado “sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades” (CHIORO; SCAFF, 1997).

Na conjuntura em que processo de industrialização se expandia, na década de 1930, “o contexto era marcado por uma crise mundial e a expansão do capitalismo no Brasil. [...]” (WIESE, 2003, p.62). O Estado brasileiro precisou buscar novas formas de regulação social para garantir a reprodução da força de trabalho. Era, portanto, necessário garantir a saúde individual e a capacidade reprodutiva do trabalhador.

Nessa direção, “a resposta do Estado, para esta situação, se deu pela política de assistência individual iniciando com a medicina previdenciária” (DAL PRÁ, 2003, p.13). A Previdência Social no Brasil tem origem com a implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP’s) cuja organização era exercida pelas empresas e a administração e financiamento por empresários e trabalhadores que, inicialmente atendiam aos Ferroviários e posteriormente, se estendeu às outras categorias urbanas por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP’s) (CHIORO; SCAFF, 1997).

“Os IAP’s se desenvolveram com o processo de industrialização, processo esse que favoreceu a ampliação do modelo de seguro social, sustentado pela capitalização dos recursos

originários das três fontes de financiamento: empregados, empregadores e Estado” (DAL PRÁ, 2003, p.14).

Tendo em vista esse contexto, a instituição dos IAPs significava dizer que, somente tinha acesso aos direitos de cidadania os trabalhadores formais e que fossem reconhecidos perante a lei e que contribuía para a Previdência

A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece” (Santos, 1998).

A unificação da Previdência Social, concentrando os IAPs num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorreu “atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores” (BRAVO, 2001, p.6)

Nesse momento, a conjuntura se apresentava sob o modelo denominado médico assistencial-privatista: prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública; criação de um complexo médico-industrial e organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade, privilegiando para o produtor privado de serviços de saúde (CHIORO; SCAFF, 1997).

Nesse sentido, os autores destacam que

Ao mesmo tempo em que ampliava-se a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado (1997, p.6).

Mas foi também nesse momento que, segundo os autores, começam a surgir bases político-ideológicas que culminariam com o Movimento da Reforma Sanitária.

O Movimento da Reforma Sanitária começa a ser organizado no Brasil no final da década de 1970 e almejava uma mudança de paradigma que se configuraria numa reorientação política e institucional da política de saúde, um novo conceito de saúde. Haja vista que neste período a concepção de saúde ainda não era garantida como um direito universal, se encontrando acessível

somente para população integrante do campo formal de trabalho. Suas ações eram voltadas para medicina curativa, vinculadas à recuperação e não à promoção e prevenção da saúde, defendidas pelo Movimento Sanitarista (CHIORO; SCAFF, 1997).

Nesse contexto, com uma forte crítica ao modelo vigente, o movimento se desenvolveu através de uma grande produção científica teórica e crítica relacionada às transformações ocorridas na saúde e as questões econômicas e sociais emergentes neste período.

A partir de 1978, ocorre um debate internacional cuja proposta era a priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde, discutida e acordada na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil esse debate se constitui na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, com o objetivo de discutir a ampliação da rede básica de saúde a partir de um modelo de baixo custo que alcançasse as populações de áreas rurais e regiões periféricas.

A criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) em 1976, dirigida por técnicos envolvidos com o Movimento da Reforma Sanitária, proporcionou até 1979 um significativo desenvolvimento da rede ambulatorial pública no país.

Concomitantemente, atores sociais surgiram, corroborando e alimentando o fortalecimento do movimento em busca da nova proposta de paradigma na saúde do país. Dentre eles, destacam-se:

- os movimentos de trabalhadores de saúde, em especial as organizações sindicais dos médicos;
- o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, promovendo debates, simpósios, publicações que foram progressivamente sistematizando uma proposta alternativa ao modelo privatista;
- o surgimento do movimento municipalista, através de Encontros de Secretários Municipais de Saúde, a partir de 1978, e o surgimento de entidades estaduais e nacional de secretários (Associação Sebastião de Moraes-SP, COSEMS e o CONASEMS), nutridos por experiências municipais bem sucedidas, onde foi possível conciliar o acúmulo teórico e a prática na implantação de sistemas municipais de saúde, como Campinas, Niterói, Londrina, Piracicaba, Bauru, etc.);
- um número pequeno, mas importante, de parlamentares comprometidos, nos diferentes níveis do poder legislativo;
- surgimento e fortalecimento do movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades (Zona Leste de São Paulo, principalmente)
- o fim do bipartidarismo, a democratização e ressurgimento do debate político e de propostas partidárias;
- o resultado da reforma sanitária experimentada em alguns países, com forte influência da experiência italiana;

- o surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves do ABC no final dos anos 70, e com destaque e importância para a Central Única dos Trabalhadores (CUT) (CHIORO e SCAFF, 1997, p.8).

Em 1982 ocorreu a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). As Ações Integradas de Saúde (AIS) posteriormente passaram por uma descentralização e deram lugar ao Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que se caracterizou numa estadualização dos serviços. O repasse de verbas aos estados sofreu vários desvios sendo destinados às outras políticas, provocando a escassez de recursos estaduais voltados à saúde.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, passo importante para o debate e construção da política de saúde nacional. Esse processo foi resultado um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Um dos grandes momentos, foi o consenso obtido em torno da criação Sistema Único de Saúde (SUS) onde: A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado, cuja definição inclui condições as demográficas; alimentos e nutrição; educação, inclui alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação de emprego; consumo e economia gerais; transporte; moradia, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social e liberdade humana. Ou seja, o direito à cidadania e ao seu pleno exercício (CHIORO e SCAFF, 1997).

Escorel (1989) contribui definindo saúde como parte essencial da democracia e cidadania, onde as condições orgânicas, físicas e mentais do indivíduo estejam em plena harmonia. Nesta direção a autora faz referência à

- o conceito abrangente de saúde;
- saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- a instituição de um Sistema Único de Saúde;
- participação popular;
- constituição e ampliação do orçamento social (1989, p.183).

Conforme os indicativos e, por conseguinte, as determinações definidas pela VIII CNS, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído para reorganizar a Política de Saúde no Brasil.

1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidado através da Constituição Federativa Brasil de 1988, em virtude do consenso dos atores sociais sobre a necessária transformação do sistema de saúde no país. Tendo em vista aspectos importantes de inadequação do sistema de saúde do país, como:

- Um quadro de doenças de todos os tipos, condicionadas pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde vigente não conseguia enfrentar;
- irracionalidade e desintegração do sistema de saúde, com sobre-ofertas de serviços em alguns lugares e ausência em outros;
- desperdício de recursos alocados para saúde, estimado nacionalmente em pelo menos 30% do orçamento;
- ausência de critérios e transparência nos gastos públicos;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e de regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências entre órgãos e as instâncias político-administrativas do sistema;
- baixa qualidade de serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais [...] (WESTPHAL, 2001, p.33).

Diante desse diagnóstico e os indicativos propostos na VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federativa do Brasil 1988 instituiu pela primeira vez na história do país, uma seção dedicada à saúde, que estabelece pontos importantes como: o conceito de saúde mais abrangente, onde considera os determinantes e condições do meio físico, sócio-econômico e cultural, e que devem ser implementadas ações que proporcionem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Considera, também, que a saúde é um direito universal, cabendo ao Estado o papel de provedor. Outra determinação importante que a Constituição de 1988 estabelece é que a organização do SUS, de caráter público, deve ocorrer através de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada cabendo a cada esfera de governo a sua direção em conjunto com a participação popular. A prestação de serviços privados estará subordinada às determinações do SUS, e serão utilizados de formar complementar.

Com as determinações expressas na Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser normatizada pelos princípios doutrinários que regem o SUS. A saber:

Universalidade: a saúde é um direito de todos, portanto, exercício de cidadania plena e não somente um direito do contribuinte previdenciário.

Equidade: todo cidadão é igual perante o sistema de saúde. O sistema de saúde deve conhecer a necessidade da sua população, levando em conta as diversidades (regionais e culturais, por exemplo) na busca da minimização das desigualdades.

Integralidade: O sistema de saúde deve atender o indivíduo como um ser humano integral, com diferenças sociais, psicológicas e biológicas, desenvolvendo estratégias no sentido de:

Promoção: envolvendo ações nas áreas como habitação, lazer, educação, meio ambiente, etc. Controlando e eliminando as causas de doenças decorrentes de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Proteção: ações para prevenção de riscos e exposição à doenças, na busca para manutenção da saúde (tratamento de água p/ evitar cólera, hepatite A; imunizações; prevenção de complicação de gravidez; prevenção de DST/AIDS).

Recuperação: ações que atuam sobre danos, evitando a morte ou seqüelas (atendimento médico ambulatorial básico e especializado; atendimento às urgências e emergências; atendimento odontológico; exames diagnósticos e internações hospitalares) (WESTPHAL, 2001, p.36).

Nesta direção, o SUS se estrutura de acordo com os princípios organizativos:

Descentralização: com autonomia e direção de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal).

Hierarquização e regionalização: permite uma maior proximidade com os problemas de saúde da população de uma área delimitada, propiciando ações de vigilância epidemiológica e sanitária, educação em saúde.

Participação popular: através da representação paritária de usuários, governos, profissionais de saúde e prestadores de serviço, a população tem como direito garantido pela Constituição de 1988, a sua participação em conselhos nacional, estadual, municipal de saúde, sendo as conferências de saúde nas três esferas de governo as instâncias superiores.

Complementaridade do Setor Privado: segundo a Constituição de 1988, na impossibilidade do setor público de saúde garantir a prestação de um serviço, fica definido poder ocorrer contratação de serviços privados, sendo observadas três condições:

- contrato conforme as normas de direito público;
- a instituição privada deve seguir os princípios básicos e normas técnicas do SUS;
- os serviços privados deverão ser prestados conforme os princípios do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

§1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 2001a, p.44).

Cabendo a instituição privada seguir os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Os serviços privados deverão ser prestados conforme os princípios do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Salientado-se que, dos serviços privados, a preferência será pelos serviços não lucrativos, como por exemplo, hospitais filantrópicos.

Resolutividade: o sistema deve ter a capacidade, conforme sua complexidade e disponibilidade tecnológica, de resolver os problemas de saúde do usuário (individual ou coletivamente) em cada nível de assistência, com ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade primária ou básica, média e alta.

Tendo em vista que o foco que tratamos neste estudo é a política de atenção básica, cabe destacar que, a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, e as Secretarias Municipais de Saúde, desenvolveram diversas ações de planejamento e de aquisição de seus modelos assistenciais e de gestão em consonância com as determinações estabelecidas. Neste sentido, é importante pontuar algumas atribuições, elencadas na NOAS-SUS-01/02:

- Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

-Definir [...] conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR (Plano Diretor de Regionalização): Região de Saúde, Módulo Assistencial, Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A), Município-pólo (GPSM ou GPAB-A), Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde.

-Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os estados e o Distrito Federal deverão submeter a CIT (Comissão de Intergestores Tripartite) os produtos, bem como os meios de verificação correspondentes (NOAS-SUS, 2002, p.3).

Enquanto que a política de média complexidade, conforme os preceitos da NOAS-SUS 01/02, divide-se em dois níveis:

-Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais

-A Atenção de Média Complexidade (MC) - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios¹ do país.

Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado (2002, p.5).

Sobre a política de alta complexidade, conforme a NOAS-SUS 01/02, ficam determinadas as seguintes atribuições:

-A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições: definição de normas nacionais, controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, definição do elenco de procedimentos de alta complexidade; estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade, formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, financiamento das ações. (NOAS-SUS. 2002, p.6)

¹ Observando que, um município é referência para os outros.

1.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A história da ESF tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Em virtude da experiência bem sucedida no estado do Ceará, o programa passa a ser implantado nas regiões Nordeste e Norte e posteriormente no em todo o território nacional (VIANA e DAL POZ, 1998). Tendo como objetivo principal, a redução da mortalidade infantil e materna. E em 1994, o MS implanta o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo principal, a descentralização das ações tendo na família e na comunidade o alvo central, reorganizando a atenção primária do SUS, sob a orientação dos princípios da territorialização, vinculação com a população, garantia da integralidade, estímulo à participação popular e ações multidisciplinares das equipes de profissionais que a compõe.

A criação, inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e, posteriormente, passando a ser denominada Estratégia Saúde da Família² (ESF), coloca um novo movimento na forma como estão estruturados os serviços de saúde, bem como, a sua relação com a comunidade. O programa tem como estratégia fundamental, a reorganização da atenção à saúde que tinha como a prática, até então, de intervenções curativas e passa assumir, conforme preconiza o SUS, o compromisso de prestar assistências universal, integral, equânime e contínua na busca de respostas concretas às reais necessidades da população, antevendo, sobretudo, riscos iminentes a que a comunidade está exposta, podendo intervir de através de planejamento de ações.

Sobre essa nova configuração, Miotto e Rosa (2007) contribuem destacando que

Em contrapartida ao Modelo Médico Hegemônico, busca-se materializar um modelo que seja usuário-centrado, no qual se configure uma relação igualitária entre os sujeitos usuário e profissional de saúde, que são, por sua vez, produtores de cuidado em saúde. Entretanto, para isto, se faz preciso não somente uma reorganização da estrutura do sistema de saúde, mas também uma mudança dos processos de trabalho em saúde, o que requer, aos profissionais da saúde, uma mudança de paradigma teórico da produção de doença para a produção do cuidado (p.15).

² A denominação de estratégia em vez de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF, ao contrário, é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar.

Considerando estas determinações, a ESF passa se estruturar sob as seguintes diretrizes operacionais:

Caráter substitutivo: o ESF não criará novas estruturas, com exceção onde houver ausência de serviços. A sua implantação implicará na substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco apenas nas doenças, por intervenções comprometidas com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população.

Integralidade e hierarquização: o ESF está inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Territorialização e cadastramento da clientela: o ESF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área. Sendo recomendável que uma equipe seja responsável por, no máximo 4.500 usuários.

Equipe multiprofissional: cada equipe do ESF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) levando em conta a proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. O PSF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. “A partir da Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, institui-se a inclusão da Equipe de Saúde Bucal, a qual deve ser formada por cirurgião-dentista (CD), atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD), que devem atuar em horário integral na Unidade de Saúde da Família” (MIOTO ; ROSA, 2007, p.15-16).

Estímulo à participação e ao controle social: “a ESF deve ser um espaço de democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença, um espaço de construção de cidadania. através do estímulo a organização da comunidade para exercer seu papel de gestor dos serviços públicos por meio do controle social” (MIOTO; ROSA, 2007, p.15).

Educação permanente dos profissionais: desenvolvida como processo permanente, com base nas relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, com a comunidade, com as entidades e outros setores da sociedade civil.

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes de ESF, cabe destacar, que se faz necessário conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde, bem como, fatores de risco à saúde; executar, conforme as atribuições de cada profissional, os procedimentos de vigilância e de vigilância epidemiológica; valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo; prestar assistência integral à população adscrita; conforme planejamento, realizar visitas domiciliares; garantir o acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-refêrencia para os casos de mais complexidade ou que necessitem de internação hospitalar; coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde; fomentar a participação popular, discutindo conceitos de cidadania e publicizando informações sobre direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2002).

1.4 Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Básica se constitui de um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a 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. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade, da participação social, a luz dos princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Nesse sentido, a Atenção Básica deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, possibilitando o

acesso contínuo aos serviços de saúde com qualidade e de modo resolutivo, tendo como alvo populações com território bem definido (adscrito) possibilitando eficiência no planejamento e a programação descentralizada, e em acordo com princípio da equidade (BRASIL, 2006).

Importante destacar que a Atenção Básica, na sua organização e planejamento de ações não pode, somente, levar em conta os aspectos do espaço geográfico para execução de serviços, mas é fundamental que seja compreendido o “espaço social”. meio pelo qual a sociedade se constitui, levando em conta as diferentes demandas, inclusive por serviço de saúde, que lhe são características. Isto possibilita que as equipes de saúde tenham uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade que as ações interventivas se dêem para além de práticas curativas (BRASIL, 2006).

Diante deste conceito, a Atenção Básica tem como diretrizes

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.11).

De acordo com estudo de Starfield, ficaram evidenciados quatro elementos estruturantes da Atenção Básica

- Acessibilidade:** Diz respeito à localização e a dinâmica das unidades de saúde.
- Variedade de serviços:** Pacote de serviços disponíveis à população.
- Definição da população eletiva:** Identificação da população sob a responsabilidade de determinada unidade de saúde e identificação da população quanto à unidade de saúde que deve prestar-lhe atendimento.
- Continuidade:** Necessidade de a atenção à saúde ser oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos (apud MIOTO; ROSA 2007, p.13, grifo nosso).

Considerando aspectos mencionados, em relação ao usuário, a Política de Atenção Básica deve dar conta de responder

as suas singularidades, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca 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 (BRASIL, 2006, p. 11).

A autora também aponta quatro atribuições da Atenção Básica

- **Atenção ao primeiro contato:** Conhecido como porta de entrada do sistema de saúde. Implica a acessibilidade e uso dos serviços a cada problema ou necessidade de saúde. Efetiva-se somente se a população percebe-a como acessível e isso se reflita na sua utilização.
- **Longitudinalidade:** Relaciona-se com a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Pressupõe a identificação da população eletiva e a formação de vínculos e laços interpessoais entre profissional e usuário.
- **Integralidade:** Implica em as unidades de saúde possuir variados serviços de saúde, tantos quantos forem necessários para a população, sendo que tanto a população deve estar ciente dos serviços disponíveis, quanto os profissionais devem desenvolver ações de acordo com as necessidades apresentadas.
- **Coordenação:** “Disponibilidade de informação a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento” (STARFIELD, 2002, apud MIOTO; ROSA, 2007, p.13, grifo nosso).

Reconhecendo a necessidade da formação de profissionais para atender os preceitos do SUS, as universidades e os profissionais, iniciam várias iniciativas, no sentido de atender esta nova perspectiva.

Em Santa Catarina, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), se destaca na proposta de formação de profissionais da área da saúde, tendo como modelo a Rede Docente Assistencial e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

2 A PROPOSTA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A TENÇÃO BÁSICA EM FLORIANÓPOLIS: A RDA

Inicialmente com a denominação de Programa de Articulação Docente Assistencial (PADA), o programa é elaborado nos anos 1980, mas somente se institucionaliza em maio de 1997, com a criação de um convênio entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Atualmente denominada Rede Docente Assistencial (RDA). Regulamentado pelo termo aditivo 15/97 de maio de 1997, este convênio busca concretizar um dos principais compromissos da universidade que é a democratização do saber, através da intervenção na comunidade com base na integração de ensino, pesquisa e extensão (PMF, 2008).

Atendendo aos fundamentos e aos princípios que o SUS preconiza e por meio da articulação dos cursos envolvidos, a RDA tem como objetivo eminente a ruptura com o modelo hegemônico de saúde, dando lugar a um novo paradigma de produção social de saúde. Tem por finalidade contemplar o disposto da Constituição Federal de 1988 que preconiza como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a formação de recursos humanos para trabalhar nos serviços públicos de saúde. Buscando construir uma estratégia interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde que amplie a articulação entre teoria e prática.

Para tanto, a RDA orientada pela lógica do modelo assistencial a Estratégia Saúde da Família (ESF), busca desenvolver a formação e a capacitação permanente de recursos humanos, conforme orientam as diretrizes do SUS, proporcionando a integração de ensino e de serviços públicos de saúde através da articulação Universidade-Sistema Único de Saúde.

As instituições ligadas a RDA têm caráter público, onde tanto a Universidade Federal de Santa Catarina como a Unidade Básica de Saúde são expressões concretas de direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988. A UFSC articula o direito a educação.

A coordenação da RDA se realiza através de um conselho gestor com características técnico-administrativas e um colegiado coordenador com características político-gerenciais. Participam do conselho gestor os titulares das instituições co-partícipes da RDA com poder deliberativo:

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Hospital Universitário da UFSC;

Participam do colegiado coordenador:

- Centro de Ciências da Saúde: Departamento de Saúde Pública, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Farmácia;
- Centro Sócio-Econômico: Departamento de Serviço Social;
- Centro de Filosofia e Ciências Humanas: Departamento de Psicologia;
- Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- Hospital Universitário da UFSC;
- Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

A RDA da UFSC, situada no município de Florianópolis, articula atualmente graduações dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (estágios curriculares e disciplinas de processos de trabalho, de caráter interventivo) e na pós-graduação com os cursos de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família e Especialização Multiprofissional em Saúde da Família Modalidade Residência. (ROSA, 2007)

É importante salientar que, três representantes da comunidade, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde, também participam do colegiado da RDA. Organiza-se ainda por uma secretaria executiva. Possui coordenador geral e vice-coordenador que são eleitos pelo colegiado e homologados pelo conselho gestor (ROSA, 2007).

Os recursos da Rede Docente Assistencial que promovem sua viabilização física, financeira e gerencial são fornecidos instituições envolvidas na proposta e do Ministério da Saúde. Já os recursos da ULS do Saco Grande são fornecidos, em sua maioria, pelo Sistema Único de Saúde, através Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, do Estado de Santa Catarina, garantido pelo Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde (ROSA, 2007).

A inserção do Serviço Social na RDA ocorre em meados do ano de 2000, no momento de inauguração de nova proposta curricular que dispõe sobre uma dimensão mais interventiva da profissão, articulando os níveis de competência ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico, em consonância com indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, característicos do departamento, que propõe também o desenvolvimento de experiências inovadoras através da articulação teoria-prática sob a lógica multiprofissional e interdisciplinar, integrando o curso de Serviço Social com instituições públicas que prestam serviços a população, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (ROSA, 2007)

O Departamento de Serviço Social participa do colegiado do RDA com um representante professor do departamento e um suplente. Participa também através dos cursos de graduação e pós-graduação. A graduação do Serviço Social integra RDA através da articulação das disciplinas de Processos de Trabalho em Movimentos Sociais e Conselhos de Direitos; Processos de Trabalho em Instituições e Organizações; Processos de Trabalho com Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis e Estágio Curricular Obrigatório e Não-Obrigatório. Iniciando a sua inserção no primeiro semestre do ano 2001 com o início da experiência de estágio curricular na UBS da Lagoa da Conceição, neste município. (DAL PRÁ, 2003) Já na Pós-graduação a intervenção ocorre por meio do Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (MIOTO; ROSA, 2007)

Considerando a importância da residência no contexto da formação profissional e ativa participação do Serviço Social neste curso, a seguir apresentaremos a contextualização e a organização do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família.

Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF)

A trajetória do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF), se inicia no final da década de 1970, quando um grupo de médicos e enfermeiros dos departamentos de Saúde Pública e de Enfermagem, com apoio da Pró-Reitoria de Extensão e com ajuda (em caráter voluntário) de acadêmicos dos referidos cursos, iniciaram um projeto na comunidade da Costeira do Pirajubaé, em Florianópolis. Posteriormente, se uniram ao projeto os cursos de Farmácia e Nutrição, se expandindo para outras comunidades da cidade. O Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário é inserido no projeto, contratando profissionais para realizarem atividades docente-assistenciais no âmbito da atenção básica em saúde.

Através de um convênio firmado com Prefeitura Municipal de Florianópolis, em 1985, iniciou-se a inserção do estágio curricular não-obrigatório em medicina comunitária desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Com a participação dos cursos de Serviço Social e de Psicologia e os demais cursos do Centro de Ciências da Saúde/UFSC, reuniram-se em 1992 num fórum interdisciplinar cuja proposta central, era a criação da Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária.

O regimento interno do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF), composto pelo Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residência em Medicina de Família e Comunidade, dispõe como objetivo principal, a formação de profissionais de saúde, através da educação em serviço, para execução de atividades de acordo com a resolução do SUS, orientado pelo modelo assistencial conforme propõe a Estratégia de Saúde da Família.

Dentre os objetivos do PRISF para a formação do residente, se destacam os seguintes:

1. Desenvolver o processo de trabalho em saúde fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, com a prática de saúde da família, norteadas pela concepção da vigilância da saúde, entendida como uma resposta social organizada às situações de saúde, estratégias de intervenção, de promoção e de prevenção da saúde.

2. Trabalhar considerando a realidade em que estão inseridos se integrando à comunidade, com ações humanizadas em conjunto com competência técnica e postura ética, norteadas pelo conhecimento científico.

3. Compreender o indivíduo, a família, a comunidade e os diferentes grupos sociais como sujeitos do seu processo de viver e ser saudável, considerando as diferentes etapas de seu ciclo vital e sua inserção social. Desenvolvendo um processo educativo em saúde, estimulando a participação popular na busca da construção do processo emancipatório.

4. Desenvolver ações de educação permanente com profissionais de saúde, na lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

5. Manter um processo permanente de reflexão sobre os aspectos éticos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

Considerando as bases que fundamentam o PRISF, convém acrescentar com a contribuição de Mioto e Rosa que

Oficializada pela portaria nº 198/GM/2004, essa política está estruturada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias nas quais todos os municípios brasileiros devem se articular para apresentar seus projetos de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde, gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas

de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde, trabalhadores de saúde, conselhos estaduais e municipais de saúde, movimentos sociais ligados a gestão de políticas públicas de saúde, entre outras instituições, na perspectiva da interinstitucionalidade e intersetorialidade (2007, p.19).

O lançamento do PRÓ-SAÚDE³, em 2006 possibilitou a ampliação e o fortalecimento das relações entre as instituições envolvidas com o sistema público, determinando um aumento do número de estudantes realizando estágios nas unidades básicas de saúde⁴, bem como o desenvolvimento de parcerias que oportunizou melhor articulação entre serviços, assistência e ensino/extensão.

Reconhecendo que houve as distorções, carências ou excessos, verificadas nas formações anteriores de profissionais de saúde, sobretudo no que se refere às competências e às responsabilidades de cada profissão, a justificativa portanto, para o trabalho em equipe multiprofissional ocorre pela necessidade de respostas sob diferentes pontos de vistas profissionais encontrados na ação interdisciplinar, tendo em vista a complexidade evidente que a prevenção, promoção e atenção à saúde demanda. Para tanto, a educação em serviço e a formação para o trabalho em equipe multiprofissional vai ao encontro da construção de práticas solidárias e de uma nova ética do cuidado, que reúne todas as profissões da área da saúde (deixando de lado o corporativismo) no objetivo comum da atenção à saúde e de reconhecer a importância de todos os profissionais envolvidos no trabalho em saúde.

Com objetivo de compreender a dinâmica das ações e os processos nos quais o Serviço Social está inserido na RDA do bairro Saco Grande, a seguir apresentamos as principais idéias apreendidas na produção monográfica no âmbito da RDA.

³ PRÓ-SAÚDE: Programa com recursos do Ministério da Saúde, que busca a reformulação dos currículos dos cursos universitários e incentivá-los financeiramente para atender a determinação do Sistema Único de Saúde sobre formação de recursos humanos na área da saúde, presente na Constituição Federativa do Brasil e na Lei Federal 8080/90.

⁴Um aumento de 280 (duzentos e oitenta) estagiários na rede básica de saúde no ano de 2003 para 812 (oitocentos e doze) no ano de 2007, incluindo estudantes dos cursos de graduação, especialização e residência em Saúde da Família, atuando em 30 unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (PMF/SC, 2008).

3 A PRODUÇÃO MONOGRÁFICA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA RDA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Nesta seção buscamos mapear as produções monográficas do Serviço Social no campo da atenção básica em saúde em Florianópolis, especificamente no âmbito da RDA. Utilizamos o levantamento bibliográfico subsidiado pelas produções monográficas de sete profissionais, que desenvolveram estágio curricular nas UBSs dos bairros Saco Grande e Agronômica, nas quais o Serviço Social se insere através da RDA, por representarem, qualitativamente, contribuições teóricas suficientes para a nossa leitura da intervenção profissional no contexto da RDA.

As temáticas discutidas nestas produções trazem para reflexão as categorias direito, participação social, controle social e as ações profissionais. Nessa direção, com referência as **ações profissionais**, destacam-se as monografias: *As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde*, desenvolvida por Keli Regina Dal Prá, cujo objetivo foi “identificar as ações profissionais do assistente social no nível de atenção básica, a partir da análise dos atendimentos desenvolvidos pela equipe de Serviço Social do Saco Grande e evidenciar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas nos diversos eixos de intervenção profissional e os princípios e diretrizes do SUS.” (DAL PRÁ, 2003, p.10) e; *A Gravidez e a Maternidade na Adolescência: Um estudo a partir da Unidade Básica de Saúde Saco Grande*, produzida por Helena Arminda Lopes, com o objetivo de “discutir a gravidez e maternidade na adolescência a partir do estudo social das adolescentes que freqüentam o grupo sócio-educativo [...]” (LOPES, 2004, p. 14).

A categoria **direito** tem a contribuição das monografias: *O Acesso a Medicamentos no Âmbito do SUS: Demandas para o Serviço Social*, desenvolvida por Cleidiamar Aparecida Furlanetto cujo objetivo geral foi “discutir o acesso a medicamentos no âmbito do SUS” (FURLANETTO, 2004, p.13); *A Determinação Social da Saúde: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC*, abordada por Danúbia Rocha Vieira com o objetivo de “Refletir sobre o direito à alimentação enquanto componente do direito à saúde [...] e analisar o perfil das famílias participantes do Programa Hora de Comer”. (VIEIRA, 2006); *Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma contextualização histórico-social*, elaborada por Luciana Melo Nunes dos Anjos, cujo objetivo foi contextualizar historicamente, no Brasil, o desenvolvimento das políticas relacionadas ao consumo e

distribuição de alimentos, que culminou na formulação e implementação da LOSAN, enquanto política pública que afirma a alimentação como direito e no caso, essencial, para a efetivação do direito à saúde.

Por último, as categorias **participação social** e **controle social** são discutidas pelas monografias: *Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde*, desenvolvida por Francielle Lopes Alves, com o objetivo de “[...] realizar uma reflexão sobre a intervenção profissional em conselhos gestores de políticas, uma experiência desenvolvida durante o período de estágio obrigatório na Unidade Básica de Saúde que esteve inserida no Eixo de Intervenção em Processos Político-Organizativos” (ALVES, 2004, p.12) e; *Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social*, elaborado por Débora Martini, que tinha como objetivo “contribuir para discussão da importância da capacitação dos conselheiros de saúde e da inserção do Assistente Social, enquanto profissional competente para o desenvolvimento dessa ação [...]” (MARTINI, 2006, p.11).

Neste sentido, para conhecimento destas produções, apresentamos as principais idéias contidas nos trabalhos elencados e posteriormente efetuamos breves considerações sobre a apreensão do processo.

3.1 As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde

Keli Regina Dal Prá

Inicialmente, autora expõe o motivo pelo qual escolheu pesquisar sobre o Serviço Social na RDA do bairro Saco Grande, destacando que, naquela conjuntura, era a única UBS do município de Florianópolis a dispor em seu quadro profissionais do Serviço Social e por ser um local singular para o processo de formação de recursos humanos na área da saúde, conforme proposta da ESF.⁵ Outra condição que a motivou foi a experiência enquanto bolsista do projeto

⁵ Ver seção 1 onde se discorre sobre Estratégia Saúde da Família (ESF)

de pesquisa “*Direito à Saúde: discursos, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul*” (DAL PRÁ, 2003, p.10, grifo da autora).

Apresenta, primeiramente, os antecedentes históricos da Política de Saúde já expostos na primeira seção deste trabalho e a trajetória histórica da intervenção profissional, assim como, a nova dimensão e os novos desafios para o Serviço Social na área de saúde. Contextualiza, também a forma como está estruturada a RDA⁶ e o como é organizado I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência. O curso tem como objetivo central, a formação de profissionais para área da saúde, fundamentado pelo modelo assistencial da ESF e também capacitar profissionais de saúde para que desenvolvam suas atividades norteadas pelos princípios do SUS.

Aqui, faz-se necessário destacar, que nos aprofundaremos neste estudo em busca compreensão das ações profissionais Serviço Social na RDA do bairro Saco Grande. Por tanto, ficará mais evidenciado o momento em que a autora discorre sobre a sua experiência nesse contexto.

O levantamento de dados da sua pesquisa ocorreu através da pesquisa documental e da observação participante. Este último, segundo a autora, muito importante, pois permitiu um contato direto com o objeto de estudo, possibilitando melhor apropriação sobre a realidade dos atores sociais envolvidos.

Segundo Alves et al (apud DAL PRÁ, 2003), as ações do Serviço Social na UBS do Saco Grande estão norteadas por três princípios: o fortalecimento do (então) Programa Saúde da Família⁷ para que, como estratégia do SUS, garanta a promoção, proteção e prevenção da saúde, alicerçado pela interdisciplinaridade e pela atenção integral à população usuária dos serviços atenção básica. Destaca também, a necessidade de ampliar a resolutividade, através de ações intersetoriais e maior atenção para os fatores de risco para população; segundo princípio remete à compreensão da complexidade da estrutura e relações familiares.

No sentido de atender as propostas da RDA e da ESF que buscam consolidar “o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão no Estágio Curricular da UBS,” a autora salienta, com a contribuição Alves e Lima (2003), que o Serviço Social organiza o seu processo de trabalho sob os três eixos de intervenção propostos por Mioto:

⁶ Ver capítulo que discorre sobre Rede Docente Assistencial (RDA)

⁷ Atualmente recebe uma nova denominação: Estratégia Saúde da Família (ESF)

1- Processo Político-Organizativo: que consiste conjunto de ações, entre as quais, assessoria, mobilização e consultoria aos movimentos sociais e associações da sociedade civil, com vistas na participação social, sob a lógica da pluralidade e da cidadania, voltada ao fortalecimento da sociedade civil para a transformação da realidade social. Tendo como exemplo o Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Saco Grande.

2- Processo Sócio-Assistencial: refere-se ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas diretamente com os usuários e/ou suas famílias e segmentos sociais vulneráveis, a partir de demandas singulares, cuja lógica é atender o usuário e/ou famílias enquanto sujeitos de direitos, visando responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais. Este processo se divide em quatro ações:

- **sócio-periciais:** que tem como função subsidiar a decisão outra instituição para concessão de benefícios e/ou serviços relacionados ao atendimento das necessidades básicas dos usuários;

- **sócio-terapêuticas:** que estão voltadas para momentos críticos que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que estabelecem entre seus membros (violência, por exemplo) ou através de relacionamentos dos membros da família com a sociedade (atos infracionais);

- **sócio-educativas:** que objetivam prestar informações, dialogando e chamando à reflexão entre profissionais e usuários, família e grupos, tornando transparente a estrutura dos serviços, bem como o alcance das políticas sociais, socializando os meios e as condições de usufruí-las de modo a fortalecer estes sujeitos no processo de mudança da realidade na qual estão inseridos;

- **sócio-emergenciais:** que estão relacionadas ao atendimento das necessidades básicas e de urgência dos usuários.

3- Processo de Planejamento e Gestão: Consiste em ações de assessoria e consultoria às instituições e o desenvolvimento de ações voltadas para gestão e avaliação de serviços, programas, projetos e recursos humanos, capacitação e gestão da informação. Um exemplo que pode ser destacado contexto da UBS, são as reuniões de área⁸ (LIMA, 2002).

⁸ São reuniões realizadas semanalmente com os profissionais da UBS, profissionais da RDA e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), para identificação de demandas, acompanhamentos de casos que estão sendo atendidos pela UBS e planejamento de ações.

Nessa direção, com a contribuição de Vasconcelos (2002) a autora salienta a importância da “ação planejada por meio da qual objetivam alcançar metas e fins definidos em respostas às demandas colocadas ao Serviço Social: demandas institucionais e demandas dos usuários nas suas inter-relações” (2002, apud DAL PRÁ, 2003, p.67).

Para tanto, o processo de trabalho o Serviço Social é estruturado pelo eixo de intervenção *Planejamento e Assessoria* que se desenvolve através de duas ações: “1) a construção de um bancos de dados sobre as entidades que prestam assistência no município de Florianópolis e nos bairros circunvizinhos [...] e; 2) a avaliação processual do serviço de atendimento pré-natal através das DN’s pertencentes à área de abrangência da UBS [...]” No sentido de identificar uma “rede de proteção que dê suporte aos encaminhamentos profissionais de saúde da unidade” e no que se refere a segunda ação, autora salienta que esse processo” viabiliza um conjunto de informações que permitem o contato com recursos locais e viabiliza a proteção e priorização de ações dos profissionais” (Idem, 2003, p.68-72, grifo da autora) Permite também identificar outros fatores como os relacionados ela autora: incidência de gravidez na adolescência; desnutrição infantil; malformação [sic] e óbito de recém nascidos; confiabilidade das informações em saúde prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Conforme a autora, outro eixo de intervenção na qual a equipe de Serviço Social trabalha é na *Mobilização da Comunidade* que consiste em acompanhar as reuniões do CLS, para contribuir na organização e mobilização do conselho, assessorando discussões e ações do conselho, com vistas a garantir a população o direito “adquirido” determinado pelo SUS à participação e controle social. Portanto, cabe ao Serviço Social junto aos conselhos “o compromisso de ampliar este espaço de forma democrática, de socializar as informações sobre os direitos dos usuários, de universalizar e efetivar a participação da comunidade, como diretriz para a consolidação do SUS [...]” (DAL PRÁ, 2003, p. 78-79).

O terceiro eixo apontado pela autora, são *Ações de Caráter Emergencial* que têm por objetivo atender às demandas relacionados às necessidades dos usuários, através do Plantão social da UBS e encaminhamentos internos pelos profissionais da UBS. Neste processo, autora destaca que, se faz necessário, que as demandas identificadas nesta modalidade de atendimentos, se tornem coletivas.

Por último, o eixo de *Educação e Informação em Saúde*, que nas contribuições de Alves et al (2003), Costa (2000), refere que é ação voltada a transparecer “o real significados das

políticas sociais,” neste caso aqui discutido, a política de saúde. A educação em saúde permite espaços de democratização de conhecimento e informações. Nessa direção, a intervenção em educação e informação

[...] pode ser entendida como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário, sendo que ela pode contribuir na formação profissional do Assistente Social através do exercício educativo e pedagógico no campo operacional. Permite, ainda, que sejam estabelecidas relações que promovam a construção de conhecimentos e habilidades técnicas, políticas e éticas, no convívio do cotidiano profissional, baseado em referenciais que estimulem a problematização e a crítica transformadora da realidade onde se inserem (LIMA, 2003 apud DAL PRÁ, 2003, p.82).

Por fim, Dal Prá contribui considerando que o profissional, além de desenvolver, conforme os eixos de intervenção da profissão, ações de caráter educativo, “de planejamento e gestão, de mobilização e participação da comunidade,” também realiza atividades em que se denotam a importância da intersectorialidade, tendo em vista a necessária inter-relação dos “diversos níveis do sistema e fora dele.” Articulando, desta forma, as necessidades dos usuários com as redes sociais e institucionais do sistema (2003, p.86-87).

3.2 A Gravidez e a Maternidade na Adolescência: Um estudo a partir da Unidade Básica de Saúde Saco Grande

Helena Arminda Lopes

A sua motivação para discutir a temática decorreu, além da sua experiência como estagiária do Serviço Social da RDA, partiu da sua inquietação perante “a centralidade do tratamento biologista/clínico sobre a questão, que embora bastante criticado por alguns estudiosos que trabalham sob a ótica do conceito ampliado de saúde [...], ainda é dominante a concepção biomédica” (Lopes, 2004, p.14). Na contribuição da autora, inicialmente ela apresenta sobre a “maternidade na adolescência e o conflito com os tempos atuais” discorrendo sobre o conceito adolescência, que se define de acordo com aspectos de espaços “geográfico, temporal e sócio-cultural”. Para estudar este fenômeno, a autora traz a contribuição Osório (1992) que enfatiza que não é possível compreender a adolescência se se estudar separadamente elementos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, pois ambos se correlacionam.

No segundo momento, expõe sobre a forma como Serviço Social está organizado na UBS do bairro Saco Grande. Discorrendo sobre a estrutura da RDA, bem como os princípios norteadores do processo de trabalho:

- Fortalecimento da saúde da família como Estratégia do SUS pautado nos princípios [...] e nas diretrizes visando à promoção, proteção e prevenção da saúde, através de uma intervenção multiprofissional calcada na interdisciplinaridade e na responsabilidade integral sobre a saúde da população [...];
- Apreende o atendimento de família e a reconhece como um espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos;
- Trata-se da interdisciplinaridade nos processos de trabalho em saúde, como meio que possibilita o rompimento de antagonismos da atenção hospitalocêntrica em prol da efetivação de um novo modelo de assistência [...] (LOPES, 2004, p. 35).

Observa também, que as ações profissionais do Serviço Social na RDA, são orientadas pelos três eixos de intervenção propostos por Miotto (2003, apud LIMA, 2004), com maior ênfase para o eixo sócio-assistencial norteador para as ações desenvolvidas no *Projeto Grupo Educativo Saúde e Cidadania* que realiza atividades de “reflexão/vivência” voltadas para gestantes adolescentes, coordenado pelos profissionais de Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. A autora discute, que para compreender a gravidez na adolescência, é necessário considerar outros aspectos e não somente os fatores biológicos e fisiológicos. Refere que o grupo é um espaço privilegiado para compreender as condições de vida e as expectativas das adolescentes, permitindo maior aproximação com o núcleo familiar e por conseguinte, a apropriação da realidade em que estão inseridas. Nesse sentido, possibilitando analisar, planejar e elaborar propostas de intervenção em respostas às demandas identificadas (LOPES, 2004, grifo da autora).

O público alvo, conforme mencionados eram adolescentes gestantes, com faixa-etária entre 14 a 19 anos de idade, cuja escolaridade varia entre 5ª série do ensino fundamental e 1ª série do ensino médio, tendo uma delas ocupação como babá. Para ilustrar, apresenta algumas falas das adolescentes, referindo-se aos afazeres domésticos.

As adolescentes integram famílias extensas, com grande número de filhos (cinco a seis) e em sua maioria, segundo a autora, são recompostas. A idade dos pais varia de 36 a 50 anos de idade. Têm escolaridade, semelhante às jovens, que vai da 4ª série do ensino fundamental à 2ª série do ensino médio. Têm como ocupação, emprego de: motorista, cobrador, empregada

doméstica, do lar, serviços gerais e lavadeira, frisando que maior parte dos pais (os homens) encontravam-se desempregados e os que trabalhavam recebiam de R\$ 300,00 a R\$ 350,00 de salários.

Em relação aos companheiros das adolescentes, tinham idade de 23 a 34 anos, sendo que mais da metade estudou até a 6ª série do ensino fundamental, destacando que não foram identificados parceiros adolescentes. Tinham ocupações como: pedreiro, servente de obras e cobrador de ônibus, com mais da metade dos pesquisados desempregados, sobrevivendo de “bicos,” com uma renda média mensal de R\$ 180,00 a R\$ 205,00.

Identificou através do estudo, que a vida sexual das adolescentes começava entre 13 e 15 anos. Todas as pesquisadas afirmaram conhecer algum tipo método contraceptivo e receberam orientação sexual através da escola, da UBS ou de parentes e amigas. É importante destacar que, segundo autora, algumas das adolescentes que não planejaram a gravidez, engravidaram utilizando método anticoncepcional sob orientação da UBS. Também, é necessário ressaltar que sete das oito adolescentes estudadas, tinham na sua história mãe ou avó que também foram mães adolescentes, evidenciando a recorrência desta forma de construção familiar.

Discorrendo sobre o momento da descoberta da gravidez e a perspectiva de futuro, a autora expõe nas falas das adolescentes a forma como seus familiares e companheiros, receberam a notícia inesperada. Relata também, o apoio, majoritariamente, das mães das adolescentes, algumas delas inclusive incentivando-as a retornarem aos estudos.

Sobre a relação das adolescentes com as instituições do bairro, a autora identificou que a maioria já participou de algum projeto social desenvolvido no bairro. Também, mantinham relação mais estreita com a UBS, em virtude do acompanhamento através do pré-natal (Lopes, 2004).

Analisando as informações obtidas na sua pesquisa e com base nos dados do Ministério da Saúde e no IBGE, Lopes (2004) considera que os resultados se equiparam com as estatísticas descritas nestas entidades.

Nesse sentido, a autora identifica com a contribuição de Miotto,

[...] neste grupo, que a gravidez na adolescência é um fato recorrente na história dessas famílias, à medida que as mães e avós também foram mães adolescentes e se casaram ainda adolescentes. Que a preocupação relativamente às reações familiares sobre a gravidez dessas jovens, aconteceu muito mais em função das possibilidades econômicas

existentes para as jovens famílias, do que por qualquer outro motivo (2002, apud LOPES, 2004, p. 63).

Também reconheceu ao longo da pesquisa que é errôneo qualificar a gravidez na adolescência sempre como indesejada, pois pode ser fruto da vontade da gestante. Por outro lado, questiona a forma como as adolescentes (e os adolescentes) se apropriam de informações referentes à saúde reprodutiva? Assim como, o acesso aos métodos contraceptivos disponíveis na UBS.

Nessa direção, a autora observa que houve um suporte assistencial por parte da UBS, à medida, que todas as adolescentes realizaram pré-natal e foram acompanhadas pelas equipes de ESF. Por outro, existe uma deficiência nos demais suportes assistenciais voltados para as adolescentes. Aqui a autora traz como exemplo a evasão escolar. Contudo relata sobre um caso onde a diretoria da escola, que ela considera pioneira, tem um trabalho voltado para este público.

Na sua contribuição final, Lopes (2004) avalia que não existe uma única explicação para gravidez na adolescência. Portanto, podendo ocorrer em qualquer momento da vida onde haja condições fisiológicas e ambientais para concretizá-la. Também pode ser fruto do desejo de uma realização pessoal ou para obter reconhecimento no meio social.

Contudo, conforme a autora aponta, que se faz necessária a criação de “políticas públicas que garantam espaços onde estes podem discutir as especificidades que lhes dizem respeito e desenvolverem as suas potencialidades” (2004, p.82) Sugere alternativas como a inclusão de temáticas relacionadas a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e vida reprodutiva, articulando os projetos de educação sexual nas escolas com serviços da UBS e: implementar projetos comunitários com atenção integrada voltadas para os adolescentes e suas famílias.

3.3 O Acesso a Medicamentos no Âmbito do SUS: Demandas para o Serviço Social

Cleidi Amar Aparecida Furlanetto

A experiência de Furlanetto (2004) enquanto estagiária do Serviço Social na UBS do bairro Saco Grande, permitiu-lhe aproximar do Projeto Atendimento em Agenda, onde identificou uma demanda importante para o Serviço Social: a dificuldade dos usuários em ter acesso a medicamentos na farmácia local na UBS.

Inicialmente contextualiza a construção e implementação a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, salientando a “discussão para Política Nacional de Medicamentos iniciou-se na ocasião da VII CNS, e ampliando-se na IX e na X CNS” (FURLANETTO, 2004, p.54).

Para que Política Nacional de Medicamentos seja concretizada em sua plenitude, estabelece as seguintes diretrizes: “*adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); reorientação da Assistência Farmacêutica; a promoção do uso racional de medicamentos*” (FURLANETTO, 2004, p.56, grifo da autora).

Ainda no tocante a Política Nacional de Medicamentos, a autora discorre sobre a operacionalização e organização da Assistência Farmacêutica no Brasil, destacando que é responsabilidade das três esferas de governo. Salienta que conforme a determinação do SUS, que preconiza a descentralização e integralidade de ações a seleção de medicamentos deve estar “condicionada a construção prévia de um perfil epidemiológico da população.” Permitindo o acesso aos medicamentos através de três vias: assistência farmacêutica básica (medicamentos essenciais); programas nacionais de medicamentos estratégicos ou especiais; e os programas de medicamentos com dispensação em caráter excepcional (medicamentos excepcionais)” (FURLANETTO, 2004, p.63-67). Nessa perspectiva, no âmbito “compreendido por instrumentos constitucionais e institucionais,” autora enfatiza que o Assistente Social realiza sua intervenção profissional.

Para contextualizar a intervenção profissional a autora, resgata, primeiramente a organização do RDA do processo de trabalho elencados em nos três eixos de intervenção pensados por Miotto (2003, apud LIMA, 2004): Processos de Planejamento e Gestão e os Processos Político-Organizativos, Processos Sócio-Assistenciais, assim como as ações sócio-terapêuticas, sócio-emergenciais, sócio-educativas e periciais.

A demanda para o Serviço Social em relação ao acesso dos usuários aos medicamentos, registrada acima, revelou a necessidade de planejar ações que as respondessem coletivamente. Nesse sentido, segundo a autora, as ações que buscaram respondê-las, desenvolveram-se em algumas etapas:

- a) A investigação e a identificação dos instrumentos legais e dos serviços;
- b) Os questionamentos: como facilitar o acesso dos usuários do CS do Saco Grande aos medicamentos;
- c) O encaminhamento da solução;
- d) A implementação da solução (FURLANETTO, 2004, p.89-92).

Primeiramente, autora aponta que foi feito um levantamento para reconhecer os instrumentos legais e como estão sendo efetivados nos serviços de saúde, principalmente do município e do Estado.

Na busca por estas informações, foi identificado que os remédios controlados, embora constassem na ordem dos medicamentos essenciais, não estavam disponíveis na farmácia da UBS em questão, mas somente no Centro de Saúde II, situado no centro do município de Florianópolis.

No decorrer da busca por formas para responder a demanda por medicação de alto custo e controlado, a autora se aproxima do Programa de Medicamentos Excepcionais, sob coordenação da Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME) da Policlínica de Referência Regional, apropriando-se dos instrumentos e vias necessários para solicitação de medicamentos de alto custo.

Tendo em vista os trâmites que implicavam a aquisição de medicamentos de caráter excepcional, levando em conta as condições sócio-econômicas do usuário e o fato de que precisaria se deslocar a Policlínica (centro de Florianópolis), ficou clara a necessidade de criar meios para que todo o processo de solicitações fosse feito a partir da UBS.

Depois de esclarecimentos fornecidos pelo responsável pela execução do Programa de Medicamentos Excepcionais, o Serviço Social passou a ser responsável por responder pelo processo de acesso a medicação excepcional, que através de informações básicas constantes no protocolo de atendimento dos usuários (sob responsabilidade da farmácia), era garantido, através de ações integradas, neste caso as reuniões de planejamento, que essas informações fossem repassadas a toda equipe de profissionais do quadro da UBS.

Sobre o protocolo para este atendimento, Furlanetto destaca que

*[...] tendo como referência sua finalidade, foi desenvolvido vinculado aos **Processos Sócio-Assistenciais**, compreendendo a ações sócio-educativas, através da educação e socialização de informações sobre direitos constituídos em instrumentos legais, sobre serviços existentes e como chegar até eles, tendo como objetivo central a viabilização do acesso aos medicamentos pelo o usuários dos serviços do CS (2004, p.93, grifo da autora).*

Diante do exposto, a autora avalia que houve grandes avanços em termos dos instrumentos legais e institucionais, principalmente no que concerne o acesso a medicamentos

pela população usuária do SUS. Embora, a lógica da Reforma do Estado venha priorizando o mercado em relação aos direitos sociais, tornando o Estado frágil e ineficaz na gestão e garantia destes direitos e, desse modo, não concretizando, como foi constitucionalmente definido, os princípios centrais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e resolutividade.

Com a experiência vivenciada na UBS do bairro Saco Grande, Furlanetto verificou a “fragilidade na organização da assistência farmacêutica e a falta de medicamentos na rede pública,” (2004, p. 97) gerando várias ações judiciais contra o município para que o direito ao medicamento fosse garantido.

Na sua avaliação, a autora entende que a falta de medicamentos e o não acesso aos mesmos, ocorre por diversos fatores, dentre eles as limitações financeiras ou infra-estrutura debilitada, mas também decorre do grau de comprometimento dos gestores, prescritores, dos consumidores e até da indústria farmacêutica.

Nesta perspectiva, expõe que o Assistente Social se destaca pelo seu papel viabilizador da “conexão das necessidades de saúde da população com os princípios do SUS,” permitindo através do “desenvolvimento de ações dentro das dimensões educativa e informativa” (FURLANETTO, 2004, p.99), a efetiva qualidade em saúde e, por conseguinte, a qualidade de vida do usuário, defendida pelo SUS.

3.4 A Determinação Social da Saúde: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC

Danúbia Rocha Vieira

A temática ficou conquistou a atenção de Vieira (2006) na realização do estágio curricular, onde se aproximou do Programa Hora de Comer⁹, que se constitui como uma estratégia de suplementação alimentar, cujo público alvo são crianças de 6 meses a 6 anos de idade que se encontram em situação de desnutrição. Assim, a autora de início destaca que o número de profissionais alocados na UBS era insuficiente para desenvolvimento necessário de atividades que contemplassem caráter educativo para com as famílias, restando apenas a

⁹ Inserido na UBS do Bairro Saco Grande, instituído pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis com a administração da Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV).

verificação da presença de um dos familiares nas reuniões e comprovante de consulta com o pediatra, para que possam ter acesso à cesta nutricional

O Programa se desenvolveu na UBS, onde a avaliação do médico pediatra permitia identificar se criança estava em situação de desnutrição ou risco nutricional. O acompanhamento ocorreu através de uma reunião educativa (mensal) com os pais, representantes dos gestores do Programa e profissionais de saúde na UBS, cabendo a estes últimos, a organização e planejamento das reuniões.

Observa também que, os critérios como a idade máxima e o peso por idade, não são suficientes para atingir o principal objetivo do Programa que é “reduzir o índice de desnutrição infantil no município de Florianópolis” (VIEIRA, 2006, p.44). Porém, a autora identificou dificuldades para que o programa atinja seus objetivos, pois ora a criança é desligada do Programa precocemente por ter atingido o “peso ideal”, mesmo não tendo completado 6 anos: ora a criança é desligada porque chegou ao limite de idade, critério, mas precisa se re-inserida, por voltar a apresentar o quadro de risco nutricional. Evidencia-se aqui, o caráter focalizado e excludente do programa.

Partindo dessa compreensão, a autora destaca que é necessário levar em conta outros fatores (não somente biológicos) que podem levar a criança ao risco nutricional. A falta (ou deficiência) de acesso às necessidades básicas defendidos pelo conceito ampliado de saúde, com atenção especial à estrutura sócio-familiar, que é determinante para o entendimento sobre os cuidados com a criança.

Nessa perspectiva e para compreender esse processo a autora, enquanto estagiária do Serviço Social na UBS do bairro Agrônômica, juntamente com outra estagiária¹⁰, desenvolveram o projeto de intervenção: **‘Diagnóstico sócio-familiar das crianças participantes do Programa Hora de Comer’** (VIEIRA, 2006, p.45, grifo da autora) efetivado através do estudo sócio-familiar, buscou analisar a desnutrição infantil considerando os fatores (além dos biológicos) que provocam o seu agravamento, sendo aplicado em 30 famílias (de um universo de 36) residentes no bairro.

A autora inicia a sua pesquisa buscando identificar o perfil das famílias inscritas no Programa Hora de Comer: qual a composição e procedência familiar? Qual a escolaridade, situação de trabalho, habitacional e rendimentos? Qual a relação da família como o bairro? Qual

¹⁰ Acadêmica Luciana de Melo Nunes dos Anjos.

a percepção da família sobre a desnutrição infantil? Nessa direção, destacamos alguns desses fatores que consideramos preponderantes sobre o risco nutricional.

À luz das contribuições de Miotto (1997) e de Reis (2001), a autora destaca que a família, constituída por um espaço de solidariedade e de responsabilidade seus membros, é um conceito complexo que se configura pelas determinações sociais, culturais e econômicas. Alguns dos diversos arranjos familiares foram identificados ao longo do seu estudo, destacando-se predominantemente, os modelos de comunidades familiares como nuclear¹¹ e monoparental.¹²

Identificou também, que a situação ocupacional dos pais era, principalmente, caracterizada pela informalidade, onde há uma crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, tendo em vista que a renda do marido não se faz suficiente para o provimento familiar.

No estudo de Vieira (2006), ficou evidenciado que a maioria da renda familiar bruta (40% do entrevistados) era de um a dois salários mínimos. Considerando-se que o salário mínimo naquele contexto era de R\$ 350,00 e o custo da cesta básica em Florianópolis, segundo o DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos), era de R\$ 168,60. Aqui fica clara a linha de indigência caracterizada por (RAMOS; SANTANA, 2003, apud LIMA, 2006) e (MARTINS, 1999, apud SPOSATI, 2000) que a autora cita, pois segundo a sua pesquisa, a cesta básica mencionada provém às necessidades de uma pessoa apenas, mas as famílias apresentadas no estudo são compostas por uma média 5,3 integrantes.

A autora finaliza, considerando que apesar dos avanços tecnológicos e científicos, poucas pessoas têm acesso a estes. O que ficou evidenciado, de acordo com a sua pesquisa, foi o aumento da pobreza e, por conseqüência, a fome. Aponta que o Programa Hora de Comer é um programa emergencial que sana a fome imediata de um dos membros da família, sem levar em conta os demais integrantes da família. E ainda, não considera os princípios da segurança alimentar e nutricional.

¹¹ A entidade familiar é formada por pai, mãe e filho(os).

¹² Entende-se também, como entidade familiar, a comunidade formada por qualquer um dos pais e seus descendentes.

3.5 Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Uma contextualização histórico-social

Luciana de Melo Nunes do Anjos

Nesta produção a autora relata que o principal motivador para escolha da temática foi a sua aproximação com o Programa hora de Comer, criado através da parceria da Prefeitura Municipal de Florianópolis e Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV), proporcionada pela sua inserção no estágio curricular (obrigatório e não-obrigatório) na Rede Docente Assistencial (RDA) desenvolvido na Unidade Locais de Saúde do Bairro Agrônômica e do Bairro Saco Grande, ambos localizados no município de Florianópolis. No momento dessa experiência a autora também percebeu que esta temática não é amplamente discutida no âmbito do Serviço Social, refletindo, segundo a sua observação, na escassez de produção teórica nesta área.

Diante destas evidências, a autora buscou pesquisar as políticas que antecederam a Política de Segurança Alimentar. Inicialmente contextualizou a política no cenário internacional, onde verifica que o direito a alimentação somente foi entendido como um direito humano, com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948.

No Brasil, a realidade da fome era conhecida desde o século XVI, segundo a autora, que foi agravada no século XX, devido a grande produção ser voltada para abastecimento das nações européias que estavam em guerra.

Criada em 1939, a Comissão de Abastecimentos visava, entre outros regular a produção do comércio de alimentos. Teve papel importante quando da criação de restaurantes populares vinculados ao Ministério do Trabalho e à Previdência Social.

No período das décadas de 50 a 60, com “surgimento do entreposto de São Paulo e a criação da COBAL (Companhia Brasileira de Alimentos), marcam uma mudança no rumo das políticas de abastecimentos” (ANJOS, 2006, p.21). Nesse período também foi criada Superintendência Nacional de Abastecimento (SUNAB).

Durante o regime militar, até 1984, segundo a autora, ocorreu a criação de vários programas de assistência alimentar. Neste período também foi criado o Instituto Nacional de Segurança Alimentar (INAN).

Com a contribuição de Takagi (2006) e Valente (2001) afirma que realização da I Conferência de Segurança Alimentar, foi um momento importante para discussão do conceito de

segurança alimentar como componente de um projeto nacional transformador (ANJOS,2006, p.27).

Nessa direção a autora, discorre sobre diversos momentos que marcaram a história da política de segurança alimentar.

Num segundo momento, Anjos (2006) explana sobre a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) consagrando a alimentação como um direito, regulado pelos princípios da universalidade e equidade de acesso à alimentação adequada. (ANJOS, 2006) Integram o SISAN, Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN); o Conselho Nacional Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional e órgãos e entidades de segurança alimentar e nutricional da União, dos Estados, dos Municípios e instituições privadas (ANJOS, 2006).

O Programa Fome Zero, desenvolvido no período do governo de Luis Inácio Lula da Silva, segundo a autora merece destaque “por compreender uma proposta de Política Segurança Alimentar e Nutricional implanta pela primeira vez no Brasil” (ANJOS, 2006, p.46). Tem como estratégia

Fortalecer a noção de que a segurança alimentar e nutricional está indissolúvelmente associada ao lugar que a família vive, à sua proximidade da oferta local e regional de alimentos e à disponibilidade de equipamentos públicos e privados existentes no seu entorno [...] (TAKAGI, 2006 apud ANJOS, 2006, p.47).

Discorre também, sobre o Programa Bolsa-Família, que consiste na transferência direta de renda. A sua gestão e execução ocorrem de forma descentralizada, através de “intersectorialidade dos entes federados.”

A autora finaliza seu debate em torno da Política Segurança Alimentar e Nutricional, trazendo na contribuição de Takagi (2006), a segurança alimentar e nutricional, envolve quatro dimensões: dimensão de quantidade – necessidade de consumo determinada quantidade de calorias, dimensão de qualidade – alimentos nutritivos, seguros e de boa qualidade, dimensão de regularidade – se alimentar pelo três vezes ao dia - e dimensão de dignidade – não se alimentar de restos ou de lixões, pois estes não são alimentos que produzem segurança alimentar (ANJOS, 2006).

3.6 Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde

Francielle Lopes Alves

A aproximação da autora com a temática, decorreu em virtude da realização de estágio na UBS do bairro Saco Grande e de sua experiência como bolsista do projeto de pesquisa *“Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos Assistentes Sociais com famílias”* (ALVES, 2004, p.10).

Neste sentido, inicia a apresentação do atual estudo, discorrendo sobre a categoria participação, enfatizando que os conselhos não são os únicos espaços de participação social. mas se destacam por terem caráter permanente e a garantia legal para a efetivação das decisões.

Na contribuição de Tatagiba (2002, apud ALVES, 2004), os conselhos se dividem em três tipos: conselhos de programas – estão relacionados aos programas governamentais – como exemplo os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural; conselhos temáticos – com formatos variáveis, se organizam de acordo com alguma “peculiaridade de perfil político ou social do município” – como exemplo os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher; conselhos de políticas – vinculados às políticas públicas, que por sua vez, divide-se em conselhos de políticas públicas e de direitos.

De acordo com Gomes (2000) e Gohn (1997) apud Alves (2004), os conselhos de políticas permitem garantir, o princípio regulamentado na Constituição de 1988 que a “participação da sociedade no processo de decisão, definição e operacionalização das políticas públicas”(p.49). São compostos, de forma paritária, com representantes da sociedade civil e do governo, organizados em instâncias federais, estaduais e municipais. Coloca-se como desafio (Gohn, 2000 apud ALVES, 2004) “romper com uma sociabilidade marcada por relações de favor e de tutela, pelo clientelismo e pelo uso da coisa pública com fins privados, traduzida certamente em corrupção” (p.49). Neste sentido, Alves (2004) destaca que os conselhos estabelecem “um novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade” (p.50), podendo ser instrumentos viabilizadores do poder popular ou contribuir para a manutenção da cultura elitista.

Na área da saúde, o controle social é regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde – L.OS que reúne as leis 8.080/80 e 8.142/90 e definem que

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo [...]. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho. Para receberem os recursos de que trata o artigo 3º dessa lei, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...] conselho de saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto 9.438, de 7 de agosto de 1990 (BRASIL, 2001 apud ALVES, 2004 p.51).

Portanto, a LOS garante que a participação se efetive através das conferências, que devem ser realizadas periodicamente, entendendo que as deliberações nelas descritas devam ser instrumentos norteadores da política de saúde (VALLA, 1998; BRAVO, 2001 apud ALVES, 2004) e através dos conselhos de saúde que para Conil, Bravo e Coelho (1995, apud ALVES, 2004, p.52) são espaços onde “a participação comunitária ou dos usuários adquire finalmente uma expressão não apenas discursiva, nem jurídica, mas operativa e real.” A autora acrescenta ainda que, além das conferências e dos conselhos existem outra forma de participação na política de saúde através de fóruns temáticos, conselhos locais ou comunitários, conselhos distritais e conselhos gestores ou diretores de unidades de saúde.

Nesse sentido, é importante reconhecer na leitura da autora, os problemas apontados quanto às correlações de forças que decorrem da ausência de igualdade na representatividade, comprometendo a harmonia no processo decisório. Sobre essa questão, traz a contribuição de Tatagiba (2002, grifo da autora) e Gohn (2003) apud Alves (2004), reconhecendo que “a paridade, portanto parece intrinsecamente relacionada não apenas ao reconhecimento da legitimidade da representação do *outro*, mas também a capacidade de estabelecer com ele acordos contingentes em torno das demandas específicas” (p.55). Destaca também, com auxílio de Krüger (1998, apud ALVES, 2004), [...] existe uma desigualdade que se expressa tanto na capacidade de atuação, quanto na inserção política, o que tem beneficiado segmentos com mais *competência teórico-política* [...] (p.55, grifo da autora).

Neste sentido, Alves (2004) identifica que apesar dos avanços no âmbito legal, a política de saúde vem se degenerando. Relaciona à deficiência financeira com o pouco repasse de verba para saúde e a pouca transparência dos seus gestores. Como desafios para superar esta condição, aponta estratégias descritas por Bravo

- a) democratização das informações às diversas políticas sociais;
- b) realização de encontros populares e/ou pré-conferências;
- c) rearticulação dos conselhos locais e/ou fóruns populares;
- d) implantação ou rearticulação dos conselhos gestores de unidades;
- e) mobilização das entidades dos profissionais para participação dos conselhos;
- f) elaboração de planos com a participação dos sujeitos sociais;
- g) mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos conselhos não paritários;
- h) articulação entre conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores (2001, apud ALVES, 2004, p.59).

Neste sentido, Alves (2004) aponta que o assistente social é o profissional qualificado para atuar nos conselhos, considerando os princípios do projeto ético-político da profissão que determina o “seu comprometimento com o avanço da democracia, fundado nos princípios da participação social, com a universalização dos direitos, garantindo a gratuidade no acesso a serviços e a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos [...]” (IAMAMOTO, 2002 apud ALVES, 2004, p.61).

Como conselheiro, o assistente social faz uso seu conhecimento específico podendo representar ou assessorar diversos segmentos, preferencialmente, a favor da população usuária, atuando em defesa da garantia de direitos. “Desempenha o mandato utilizando-se de seus conhecimentos teórico-operativos pondo-os a serviço das causas e finalidades do conselho. A função do conselheiro, no caso do assistente social, contempla uma faceta do exercício profissional que sua intrínseca dimensão política” (GOMES, 2000 apud ALVES, 2004, p.64).

Como assessor, tendo em vista que esta competência é regulamentada pelo Código de Ética da Profissão, o assistente social contribui como instrumento viabilizador do “projeto profissional” e da “instrumentalização/capacitação” da população, para que esta seja fortalecida na sua autonomia, concretizando respostas para suas demandas.

Nesta direção, a autora destaca que a mobilização é o primeiro passo para o “processo de participação social.” Krug (1984, apud ALVES, 2004, p.68). Refere que mobilização popular ocorre “no sentido de apoio a determinadas reivindicações, construção de pressão para obtenção de concessões sócio-econômicas, ou mesmo a formação de partidos políticos, onde a massa se encontre com uma liderança geralmente carismática.”

Considerando esta definição, a autora avalia que os conceitos de mobilizações estão permeados de outros conceitos, como: pressão, conquista, união, entre outros. Identifica que a

mobilização de pessoas ou de grupos ocorre em decorrência de “insatisfações de necessidades.”

Por esse motivo, Heller e Müller contribuem destacando que:

Se alguém está insatisfeito com alguma situação e expressa isso a outras pessoas, suas palavras podem cair em campo fértil – quando outros também estão insatisfeitos - e o sentimento de que uma situação é injusta se amplia, bem como pretensão de sua superação (1997, apud ALVES, 2004, p.69).

Contudo, a autora aponta que a “construção coletiva” é um “processo dinâmico, com avanços e retrocessos e, sobretudo, é um espaço em que não se caminha sem luta” (ALVES, 2004, p.70).

Para apresentar o processo de trabalho do Serviço Social na RDA na UBS do bairro Saco Grande, primeiramente, a autora resgata a origem da RDA e a forma como está estruturada. Também explana sobre a organização do trabalho do Serviço Social, sob a orientação dos três eixos de intervenção propostos por Miotto que são os processos de Planejamento e Gestão, Sócio-Assistenciais (que por sua vez, desenvolvem-se em quatro ações: periciais, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e sócio-educativas) e Político-Organizativos. Nesse último, a autora detém mais sua atenção para explicar as ações do Serviço Social na UBS (2002, apud ALVES, 2004).

Conforme a resolução n.01, de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, o Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Saco Grande tem composição paritária, tendo 50% do seu espaço representado por usuários da saúde.

Segundo a autora, o “Serviço Social participou da primeira reunião do CLS no dia 06 de fevereiro de 2003, como o objetivo inicial de observar a dinâmica do grupo e as relações estabelecidas entre sujeitos e também identificar as dificuldades e questões passíveis de intervenção profissional” (2004, p.78).

Nas primeiras reuniões do CLS com a participação do Serviço Social, a autora se aproximou dos principais problemas concernentes aos serviços prestados pela UBS. Identificou-se a necessidade da criação de um regimento interno para o CLS. Neste sentido, refere que nestes espaços

são necessárias ações que considerem os sujeitos como agentes de seu próprio processo de superação das dificuldades, como sujeitos autônomos, capazes, detentores de aspirações e de saberes que os levem a interagir com o meio social a fim de alcançar os objetivos que constroem e adquirir novos valores. (2004, p.78-79)

Segundo a autora, no momento de construção do regimento interno, o Serviço Social teve um papel importante nas discussões e propostas, no processo de mobilização das organizações envolvidas com CLS.

Nas demais reuniões, autora apontou algumas dificuldades na mobilização social, como a falta de quórum numa delas. Em outra, interpretações difusas quanto à proposta do CLS, quando do processo de escolha do coordenador da unidade, que a autora identificou como problema um sócio-cultural. Identificou ainda, outros elementos dificultadores do processo, como:

- redução da agenda política do Conselho aos serviços prestados na UBS;
 - concepção de saúde pautada em preceitos biomédicos;
 - desmobilização dos conselheiros;
 - descréditos dos conselheiros em decorrência da pouca efetividade do CLS;*
 - desinteresse e desconhecimento dos funcionários da UBS [...] quanto ao papel do CLS.
- (ALVES, 2004, p.82)

Diante dessa realidade, o Serviço Social desenvolveu um projeto com objetivo de realizar uma oficina, onde foram levantadas questões importantes a serem priorizadas pelo CLS. Foi, também, o Serviço Social quem coordenou a oficina. Nela, conforme a proposta central, foram identificadas como prioridades para o processo de planejamentos de ações do CLS:

- 1) Drogas e alcoolismo – adolescentes e adultos;
- 2) Dificuldades de integração e mobilização da comunidade;
- 3) Educação deficiente – formal informal/falta de creches;
- 4) Falta de recursos humanos em saúde – PSF deficiente;
- 5) Faltas de redes de esgoto e calçadas, água não tratada;
- 6) Desemprego, pobreza, fome, exclusão social, prostituição;
- 7) Animais na rua;
- 8) Dificuldades de acesso a medicamentos controlados, reabilitação, hemodiálise, exames e consultas especiais;
- 9) Falta de serviço de saúde mental;
- 10) Desnutrição e subnutrição infantil;
- 11) Deficiência no planejamento familiar;
- 12) Violência/violência doméstica. (ALVES, 2004, p.84)

No momento de discussão das questões levantadas na oficina, a autora chama atenção para a notória dificuldade dos sujeitos envolvidos (no caso do conselho) em participarem de decisões em prol da coletividade, conforme foi evidenciada nesta reunião, onde foram debatidas outras questões e não aquelas propostas na estratégia de mobilização. (ALVES, 2004)

3.7 Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do Serviço Social

Débora Martini

A pesquisa de Martini teve início com a sua aproximação de um dos projetos de intervenção para capacitação de conselheiros locais de saúde do bairro Saco Grande que para sua elaboração, levou em conta “o projeto ético-político da profissão, o caráter político-pedagógico da profissão e as modificações no cenário da política de saúde” (MARTINI, 2006, p.10).

A autora, inicialmente, resgata a história da política de saúde no Brasil¹³ e posteriormente explana sobre a “inserção do Serviço Saúde e seu papel junto aos conselhos.”

A partir da década de 1940, segundo a autora e a contribuição de Correia (2005) e Nogueira (2005), o profissional de Serviço Social tem sua atuação centrada na atenção médico-hospitalar, onde o assistente social desenvolvia ações educativas voltadas para o desenvolvimento de potencialidades do usuário. A partir de 1945, o Serviço Social passou realizar ações direcionadas sobre cuidados com higiene. Segundo a autora com a contribuição de Correia,

[...]a absorção desses profissionais na área de saúde teve como um dos motivos a elaboração, em 1948, de um conceito de saúde que trouxe os aspectos biopsicossociais como determinantes e também a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (CORREIA, 2005 apud MARTINI, 2006, p.45).

Em 1964, sob o regime militar, o Serviço Social, passou por transformações em virtude do processo de renovação, que conforme Netto (1998) identificou, assumiu três direções: a modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura. Onde, as ações profissionais sob a perspectiva modernizadora _que prevaleceu até a metade da década de 1970, com a abertura política _ocorriam em torno de práticas burocratizadas. Com a consolidação da Constituição Brasileira de 1988 e a implantação do SUS, surgiu a necessidade de um trabalho multiprofissional. O assistente social, capacitado para atuar nas expressões das questões sociais, ganhou maior importância na área da saúde. E são os conselhos de saúde, segundo a autora. “[...]”

¹³ O resgate histórico pode ser verificado na 1ª seção desta pesquisa.

espaços privilegiados de participação e de controle social [...]” (MARTINI, 2004, p.48), e com estes, campo para atuação do assistente social.

Nesse sentido, a autora referencia Abreu (2002; 2004) para explicar sobre a dimensão pedagógica do Serviço Social, reconhecida em três propostas de perfis pedagógicos, a saber: *pedagogia da ajuda* que propõe a ajuda material do Serviço Social e o seu caráter educativo; *pedagogia da participação* que se desenvolve a partir da prática profissional com base nas políticas de Desenvolvimento de Comunidade (DC)¹⁴ e a *pedagogia emancipatória* que se constitui como “estratégia para luta pela hegemonia” representada pela “politização das relações sociais e a intervenção crítica e consciente na sociedade” e esta relacionada ao *empowerment* do sujeito. (MARTINI, 2006, p.49, grifo da autora)

Levando em conta estas propostas, a autora considera que o assistente social como conselheiro ou como assessor, utiliza-se de seu saber específico e seus conhecimentos técnico-operativos colocando-os a serviço do conselho, viabilizando o acesso às informações, permitindo o incentivo ao controle social e à participação social. Para tanto, refere que as ações profissionais devem ser pautadas nos três eixos de intervenção propostos por Miotto: Processos Sócio-Assistenciais, Processos de Planejamento e Gestão e os Processos Político-Organizativos (2003, apud LIMA, 2004). Dessa forma, autora afirma que

[...] o profissional de Serviço Social instrumentaliza e dinamiza o processo participativo de acordo como potencial político dos sujeitos envolvidos, visando à viabilização de necessidades imediatas e a possibilidade de construção de um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos (ALVES, 2004 apud MARTINI, p.53).

Discorrendo sobre o contexto histórico e a organização do Conselho Local de Saúde (CLS) do bairro Saco Grande, a autora refere que foi criado em 5 de dezembro de 2002, sob a resolução n.1 de maio de 2000, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Florianópolis, que o define como

¹⁴ “[...] entendido como estratégia para integrar os esforços da população aos planos nacionais e regionais de desenvolvimento, pautando-se por uma visão crítica aclassista e sustentada em supostos de uma sociedade harmônica e equilibrada, percebendo a comunidade como unidade consensual cujo objetivo seria a união de esforços do povo ao governo, uma estratégia para chegar ao desenvolvimento, assumido como a modernização da estruturas por meio de uma mudança cultural controlada.” (SILVA, 1994, 81)

órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do Conselho Municipal de Saúde, atuando com atenção especial aos níveis de planejamento local, avaliação da execução e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde (CMS, 2000 apud MARTINI, 2006, p.62).

A partir da compreensão sobre o que esta resolução determina, a autora observa que o CLS, portanto, não tem caráter deliberativo, mas consultivo. Mas que, por outro lado, a população tem maior peso nas decisões, pois o conselho se compõe de 50% mais um representante de usuários (MARTINI, 2006).

Conforme anteriormente registrado por Alves (2004), Martini refere sobre a criação do Regimento Interno do CLS do bairro Saco Grande, aprovado em 2003. Menciona também três momentos importantes para o CLS no ano de 2005, como: as eleições para novos conselhos locais de saúde; a troca de coordenador da UBS e a criação do Fórum Social do Saco Grande (FSSG)¹⁵, a partir da iniciativa das entidades SENAI/CTAI e da Associação Catarinense de Integração ao Cego (ACIC), cujo o objetivo era “desenvolver uma ação de responsabilidade social no bairro” (MARTINI, 2006, p.65) Este último, o FSSG, ficou vinculado ao CLS de setembro a dezembro de 2005, sendo separado em 2006, o que na visão da autora caracterizou a redução da “concepção de saúde para relação saúde/doença,” pois a agenda voltou-se somente para os assuntos referentes UBS. Diante disso, fica evidenciado que esta deficiência entre outras_ também apontadas por Alves (2004)¹⁶ _ foram elementos dificultadores para o desenvolvimento de ações deste conselho.

Partindo da identificação destas dificuldades, foi elaborado o “Projeto de Capacitação dos Conselheiros Locais de Saúde do bairro Saco Grande” com vistas a proporcionar o entendimento das atribuições dos conselheiros, proporcionando o conhecimento necessário para o desenvolvimento de suas ações, que se desenvolveu a partir do planejamento estratégico e a ação sócio-educativa (MARTINI, 2006).

¹⁵ FSSG tinha como objetivo resgatar o Colegiado de Entidades (que reunia diferentes entidades existentes no bairro) (MARTINI, 2006, p.65).

¹⁶ A saber: redução da agenda política do Conselho aos serviços prestados na UBS; concepção de saúde pautada em preceitos biomédicos; desmobilização dos conselheiros; descréditos dos conselheiros em decorrência da pouca efetividade do CLS; desinteresse e desconhecimento dos funcionários da UBS [...] quanto ao papel do CLS (ALVES, 2004, p.82).

O projeto foi executado a partir de quatro oficinas com os seguintes temas: “Controle Social na Saúde: as possibilidades dos conselhos locais de saúde; Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (em duas oficinas); O conselheiro Local de Saúde e sua relação com o Controle Social” (MARTINI, 2006, p.73-74). É importante destacar que, na leitura da autora, houve pouca participação dos conselheiros nestas disciplinas, apesar do grande empenho do Serviço Social e fazê-las acontecer. Por esse motivo, analisa que

a intervenção profissional do Serviço Social na ULS do Saco Grande, especificamente junto ao CLS, ao longo destes quatro anos não alterou significativamente a prática política do CLS, na direção de ações que apontassem para uma participação e controle social na perspectiva da efetivação e ampliação do direito à saúde (2006, p.74).

Martini finaliza sua pesquisa apontando seis elementos para reflexão:

1. Sobrecarga de atividades em relação às entidades do bairro e os conselheiros, pois a maioria dos integrantes do CLS, participa de outras instituições;
2. Concepção de participação acrítica e despolitizada;
3. Não reconhecimento do CLS pelos coordenadores da ULS;
4. Divulgação e periodicidade das oficinas de capacitação de conselheiros;
5. Conhecimento, pela equipe de Serviço Social, das legislações, da dinâmica da realidade e os movimentos da sociedade local e global;
6. Impacto da experiência de assessoria e de capacitação de conselheiros para os sujeitos envolvidos (MARTINI, 2006).

Por fim, a autora aponta ainda como uma necessidade premente avanço na prática profissional qualificada e, por isso a importância deste “estudar, pesquisar, discutir coletivamente, compreender as questões relacionadas às legislações e ao manejo do instrumental técnico-operativo” (MARTINI, 2006, p.80).

3.8 Considerações sobre as produções monográficas

Diante do que foi evidenciado com a apreensão das produções monográficas realizadas a partir das experiências de estágio vivenciadas no Serviço Social da RDA, é importante registrar algumas considerações.

Dal Prá (2003) nos apresentou as diferentes ações realizadas pelo Serviço Social no âmbito da RDA, definindo as intervenções profissionais em quatro eixos principais: Planejamento e Assessoria, Mobilização da Comunidade, Ações de Caráter Emergencial e Educação e Informação em Saúde. Com a contribuição da autora, podemos constatar os diversos espaços em que o assistente social pode atuar, contribuindo para a articulação das demandas dos usuários com os princípios do SUS, tendo, dessa forma, um papel preponderante como viabilizador da garantia de direitos, possibilitando a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade [...]” (BRASIL, 2001, p.17).

Na apreensão de Lopes (2004), verificou-se no contexto da pesquisa que a gravidez na adolescência nem sempre ocorre de forma não planejada ou não desejada. Por outro lado, quando ocorre, contrariando a vontade da gestante adolescente e de sua família, em geral, não é aceita em decorrência das condições sócio-econômicas. Quanto às formas de planejamento familiar, como uso de métodos contraceptivos, ficou claro nas falas das adolescentes, que todas tiveram acesso às informações (via educação sexual – escola, via profissional de saúde - UBS ou via parentes e amigas), mas o problema reside em como são fornecidas estas informações, tendo em vista a fase pela qual estão passando, onde falar sobre sexualidade provoca constrangimentos. Para que este público tenha acesso à informação, é preciso que antes seja ouvido por um profissional com escuta qualificada, que é uma atribuição do assistente social.

Na contribuição de Furlanetto (2004), fica claro o compromisso do Serviço Social em busca da defesa dos direitos do usuário consolidados pelo SUS, com vistas nos princípios de resolutividade e em consonância com princípio do Código de Ética da Profissão que prevê a defesa intransigente dos direitos humanos, previsto artigo 5º e que, cabe ao assistente social “contribuir para criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados” (BRASIL, 2001c, p.20). Esse preceito pode ser verificado, no processo em que autora se apropria da realidade identificando uma demanda para o Serviço Social, onde o não acesso ao medicamento, direito previsto na lei, não ocorria por entraves burocráticos somados às dificuldades de acesso às informações e condições sócio-econômicas dos usuários.

Nessa mesma direção, se encontra a proposta de Vieira (2006) na busca de respostas para garantir um direito fundamental inerente ao ser humano, que é o direito à alimentação. Sem o qual o indivíduo não pode exercer os demais direitos, com base no conceito ampliado de saúde, impossibilitando o seu pleno exercício de cidadania. Pois sem alimento, o ser humano não tem sequer a saúde física mínima e necessária, que lhe permita ir em busca da concretização dos demais direitos que lhe são pertinentes.

A leitura de Vieira (2006) permite-nos aproximarmos com a questão de dificuldade de acesso ao alimento. Através do seu olhar sobre esta temática, possibilitou-nos compreender o focalismo e a ineficiência da intervenção do Estado, que ao fornecer uma cesta básica com destino à criança em situação desnutricional, levando em conta somente seu peso ou idade, não considera que ao superar a idade ou peso não significa que não será reincidente para estado de desnutrição. Há que se ter em conta também, a falta de acesso ao alimento dos demais integrantes da família que, também são vítimas das condições sócio-econômicas, reflexo da minimização do Estado, não permitindo o acesso regular e permanente, assim como em quantidade e qualidade necessárias para sua qualidade de vida.

Por outro lado, na apropriação de Anjos (2006) sobre os diferentes momentos da construção da Política de Segurança Alimentar e Nutricional (PSAN) no Brasil que, embora marcada ao longo da história por políticas de intervenção focalizadas como por exemplo a Ação e Cidadania contra a Fome, a Miséria pela Vida e Programa Comunidade Solidária, percebe-se uma perspectiva de superação do assistencialismo, com avanços da PSAN na busca por assegurar o direito ao alimento.

E é na busca da concretização desses direitos que Alves (2004) e Martini (2006) afirmam sobre a importância do Assistente Social como conselheiro de saúde ou como assessor, tendo em vista que é competência deste profissional democratizar as informações e acesso aos programas disponíveis na instituição e contribuir para viabilização da participação efetiva da população e do controle social sobre processo decisório de questões de interesse coletivo. (BRASIL, 2001c).

Conforme o projeto ético-político da profissão, que dentre os princípios se consolida pela “defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política [...]” (BRASIL, 2001c, p.17), neste sentido, Alves (2004) contribui para a compreensão e reconhecimento das ações do assistente social, considerado o profissional qualificado para atuar

nos conselhos (como conselheiro ou como assessor), preconizado nos princípios do SUS, que prevê a participação e o controle social.

Na experiência de Martini (2006), ficou evidenciado que a participação social se deu de forma particularista, cujos objetivos buscavam sanar problemas relacionados a algumas demandas com relação UBS, sem atingir as lutas mais amplas do bairro. Dessa forma, e tendo em vista o absenteísmo por parte dos conselheiros, verificado pela autora, também o processo mobilização popular ocorreu com pouca articulação em torno das respostas às suas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se desenvolveu com objetivo de mapear a produção monográfica do Serviço Social na atenção básica em Saúde, no âmbito da Rede Docente Assistencial (RDA). Ficou evidenciado que as produções monográficas pautaram-se na experiência de estágio curricular obrigatório das autoras, norteadas pelo desenvolvimento de ações profissionais à dos eixos de intervenção propostos por Miotto (2003, apud LIMA, 2002). Nos Processos Político-Organizativos, as temáticas escolhidas vincularam-se à discussão da dinâmica do Conselho Local de Saúde ao controle e a participação social. Nesse sentido, as contribuições de Alves (2004) e Martini (2006) apontam para algumas dificuldades encontradas no processo de mobilização social em torno dos interesses da coletividade.

Os Processos Sócio-Assistenciais, foram compreendidos nas produções que discutiram a Política de Saúde Alimentar e Nutricional, quando resgatou processo histórico no qual a política se desenvolveu. Foram observados na temática que tratou a questão da gravidez na adolescência, que através do olhar qualificado do Assistente Social, foi diagnosticada a necessidade de criação de espaços e políticas específicas voltadas para este público.

Os Processos de Planejamentos e Gestão, ficaram claros no trabalho que discorre sobre ao acesso aos medicamentos do SUS, em virtude da identificação de uma demanda coletiva, no momento em que a procura por medicamentos especiais ocorriam individualmente nos plantões sociais. Percebendo essas dificuldades, foram planejadas ações para superar os entraves burocráticos que dificultavam o acesso aos medicamentos. Nessa direção, o trabalho que explanou sobre Programa Hora de Comer, também apresentou a elaboração do projeto mencionado na seção anterior que, buscou analisar a desnutrição infantil considerando os fatores (além dos biológicos) que provocam o seu agravamento.

É importante enfatizar, que as ações profissionais do Serviço Social no âmbito da RDA na UBS do bairro Saco Grande, se realizam sob os três eixos de intervenção e, que as produções objetos deste estudo, encontram-se permeadas por estes eixos. Contudo, considerou-se importante fazer este recorte para visualizar o trabalho do Assistente Social na RDA sob a ótica das acadêmicas em processo final de formação. Entendendo-se deste modo que, a apreensão da realidade enquanto profissional em formação, realiza-se de forma mais madura, na medida em

que os referenciais teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, elementos fundantes da profissão, neste momento, são alicerces para a leitura da realidade.

Nesse sentido, entende-se que a inserção do Serviço Social na RDA se faz no sentido de tornar viáveis e concretas as determinações que o conceito ampliado de saúde defende. Atuando na garantia e ampliação de direitos básicos - acesso a medicamentos, acesso à alimentação adequada, entre outros -, de direitos a informação e educação em saúde, de direitos à participação e ao controle social, observados no decorrer do nosso processo de formação e na apreensão dos trabalhos que foram elencados na construção deste estudo.

Nesse sentido, acredita-se que o presente estudo, ainda que, com uma abordagem sucinta, permitiu mapear a produção monográfica do Serviço Social na atenção básica, no contexto da RDA. Contudo, compreende-se que esta temática poderá ser mais explorada futuramente, se levado em conta o cabedal de produções do Departamento de Serviço Social - como por exemplo, relatórios de estágio, relatórios das disciplinas de processos de trabalho, estudos sociais, entre outros - que não constam neste estudo e que não foram publicados, mais que muito tem a contribuir na leitura da inserção do Serviço Social na RDA.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Francielle Lopes. **Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas: inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2004.
- BRASIL., Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. In: **Coletânea de Leis.** São Luís/MA:CRESS 2ª Região, 2001a.
- BRASIL, SUS (1990). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990** Dispõe sobre as condições para promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Coletânea de Leis.** São Luís/MA:CRESS 2ª Região, 2001b.
- BRASIL, Código de Ética da Profissão (1993). **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. In: **Coletâneas de Leis,** São Luís/MA:CRESS 2ª Região, 2001c.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Política Nacional de Atenção Básica,** Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http:// www.saude.sc.gov.br/dab](http://www.saude.sc.gov.br/dab). Acesso em 02 de abril de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2002). **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02.** Portaria n.º 373/GM - 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[http:// dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm)> Acesso em 05 de junho de 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde,(2002) **Estratégia Saúde da Família (ESF).** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programs/index.asp>> Acesso em: 02 de abril 2008.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In:**Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional,** 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf> Acesso em: 23 de julho de 2008.

CHIORO, Arthur, SCAFF, Alfredo. **A Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. 1997. Disponível em: <<http://consaude.com.br/downloads/saude%20e20%Cidadania20%-20%consaude.doc>> Acesso em 20 de novembro de 2006.

DAL PRÁ, Keli Regina. **As Ações Profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a Consolidação do Sistema Único de Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2003.

ESCOREL, Sarah, **Saúde: uma questão nacional**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida. **O Acesso a Medicamentos no Âmbito do SUS: demandas para O Serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2004.

IAMAMMOTO, Marilda V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: Ensaio crítico**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2004.

LOPES, Helena Arminda. **Gravidez e a Maternidade na Adolescência: um estudo a partir da Unidade Básica de Saúde Saco Grande**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2004.

LIMA, Telma C.S. de. **Serviço Social e Intervenção Profissional**, Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2004, mimeo

_____. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio educativas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2004.

MATOS, Maurílio C. **O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90**, In: Serviço social & sociedade. v. 24, n. 74. São Paulo: Cortez, 2003.

MARTINI, Débora. **Capacitação de conselheiros locais de saúde: a contribuição do serviço Social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis, 2006.

MEZZARROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia S. **Manual de metodologia da pesquisa no direito**. 3 Ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2006.

MIOTO, Regina Célia T; NOGUEIRA, Vera Maria R. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e suas exigências para os Assistentes Sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Sociedade: formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

MIOTO, Regina C. T.; ROSA, Fernanda N. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Relatório de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis: 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS-PMF. Secretaria Municipal de Saúde: **Rede Docente Assistencial** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/index2.php?modo=historico.rda> Acesso em 21 de junho de 2008.

ROSA, Fernanda N. **Relatório de Atividades de Estágio na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social. UFSC, Florianópolis, 2007.mimeo

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SILVA, Maria Ozanira da S. **O Serviço Social na conjuntura brasileira: demandas e respostas**. In: **Serviço Social e Sociedade**. nº 44. São Paulo: Cortez, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC. **História do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família**

Disponível em:

http://www.saudedafamilia.ufsc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=58 Acesso em 21 de junho 2008.

VIANA, A. L. D. & DAL POZ, M. R. **A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1998.

VIEIRA, Danúbia Rocha. **A Determinação Social da Saúde: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. UFSC: Florianópolis. 2006.

WIESE, Michelly Laurita. **A categoria Profissional no Âmbito das Práticas Profissionais no Programa Saúde da Família do Município de Blumenau** (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UFSC, 2003.

WESTPHAL, Márcia Faria. **Gestão de serviços: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.