

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM GESTÃO EM SAÚDE
PÚBLICA**

ADEVILSON CARLOS PIRES

**AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA
PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO/SC.**

**CAÇADOR
DEZEMBRO DE 2015**

ADEVILSON CARLOS PIRES

AS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO/SC.

Monografia apresentada no Curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde Pública da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.

Orientadora:

Professora Doutora Fátima Noely da Silva

CAÇADOR
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda a minha família...

Em especial à minha mãe Noeli e ao meu pai Anilson, por sua força e dedicação como pessoas, pais e trabalhadores e por serem minha inspiração e meu exemplo de vida!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por sempre estar comigo me abençoando e cuidando de mim e por sempre me dar força diante das dificuldades da vida...

Agradeço a minha mãe Noeli por ser uma guerreira, por acreditar em mim e estar comigo em todos os momentos, me apoiando e me dando forças.

Ao meu pai Anilson por sempre me incentivar e torcer por mim e pelo meu sucesso.

A minha irmã Aline e meu cunhado Nathan por serem acima de tudo meus amigos e estarem comigo sempre.

Aos meus irmãos Leandro, Alana, Lucas e Leonardo por fazerem a minha vida mais alegre e mais feliz e por serem meus companheiros nesta caminhada da vida.

Aos meus avós Graciliano e Iraci por sempre me apoiarem, me aconselharem, me incentivarem e acreditarem em mim.

Aos meus tios e tias por todo apoio recebido em todos os momentos, em especial a tia Serli, tio Chico, tio Jandir, tio Dirceu, tia Adriane e tia Ireni, que além de meus tios são também meus pais, meu amigos e meus irmãos, sempre me apoiando e acreditando em mim.

A todos os meus primos que participam, mesmo que às vezes de longe, de todas as minhas conquistas.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde do município de Fraiburgo/SC, pela acolhida, generosidade e apoio recebidos.

Aos professores da UNIARP por todo o carinho e por todo o conhecimento transmitido no período do curso, em especial a Professora Dra. Fátima Noely da Silva por ter me orientado e me conduzido neste trabalho.

Aos colegas de classe que durante todo o curso andaram comigo, compartilhando sonhos, vitórias, desafios, choros, risos.

Enfim, a todos os que de uma forma ou de outra contribuíram e participaram de minha formação, acreditaram em mim e vibraram comigo em cada passo dado, alicerçando minha caminhada.

Muito Obrigado!

"Senhor...
vós que desafiastes o homem para que o homem
buscasse a força para desafiar o destino...
ajudai-me a ser capaz de ser atuante...
ajudai-me a carregar a cruz todos os dias...
ajudai-me a trilhar o caminho que não era meu...
ajudai-me a ajudar todos os necessitados..."

(autor desconhecido).

RESUMO

Embora tenha sido reconhecida como direito de todos os cidadãos a partir da última Constituição Cidadã de 1988, a Política de Saúde acompanha a história da humanidade desde os primórdios. No Brasil esta política, organizada enquanto um Sistema Único, perpassa diversas outras políticas públicas, como por exemplo, a Política de Assistência Social, a Política de defesa dos direitos da Criança e do Adolescente, a Política do Idoso, a Política da Mulher, entre outras. Assim, acaba sendo um amplo espaço de intervenção da profissão de Serviço Social, a qual foi criada no final do século XIII, com a finalidade de atender as demandas expressadas pelas classes sociais subalternizadas. Esta profissão passou, ao longo da história, por profundas transformações oriundas de um movimento que ficou conhecido como Reconceituação do Serviço Social, ocorrido na segunda metade do século XX. A presente monografia reserva-se a apresentar a trajetória da Política de Saúde e da profissão de Serviço Social, desde o surgimento de ambas até a atualidade. Este trabalho faz, também, uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção da profissão de Serviço Social no âmbito da Política de Saúde, referenciando a experiência vivenciada pelos assistentes sociais que atuam junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fraiburgo/SC.

Palavras Chave: Política Pública de Saúde, Serviço Social, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Although it has been recognized as a right of all citizens from the last Citizen Constitution of 1988, the Health Policy follows the history of humanity since the beginning. In Brazil this policy, organized as a Single System, permeates many other public policies, such as the Social Assistance Policy, the policy of defending the rights of Children and Teenagers, the Policy for the Elderly, the Women's Policy, among others. So, it ends up being an ample space for the intervention of social workers, which was created at the end of the XIII century, in order to meet the demands expressed by the subaltern classes. This profession has passed, throughout history, profound changes coming from a movement that became known as Reconceptualization of Social Service, held in the second half of the XX century. This monograph reserves to present the trajectory of Health Policy and the profession of social service, since the appearance of both until today. This work is also a reflection on the possibilities of intervention of the profession of social service within the Health Policy, referencing the experience lived by social workers who work together in the Municipal Health Department of the Municipality Fraiburgo / SC.

Keywords: Policy Public Health, Social Services, Health Unic System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC..... 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ACD – Auxiliar de Consultório Odontológico
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Política de Ações Integradas da Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AMARP - Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEAS – Centro de Estudos e Ação Social
CONASP – Conselho Nacional de Administração Previdenciária
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
hab/km² - Habitantes por Quilometro Quadrado
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBIFARMA – Indústria Brasileira de Fabricação de Medicamentos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
km² - Quilômetro Quadrado
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
n^o - número
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB-SUS – Norma Operacional Básica do SUS
PAB – Piso de Atenção Básica
PACs – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PEAA – Programa de Erradicação do Aedes aegypti
PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PREV-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PND - Plano Nacional de Desenvolvimento
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa de saúde da Família
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RAS – Rede de Atenção a Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

S.A. – Sociedade Anônima
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC – Santa Catarina
SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEP - Situação Existencial Problematizada
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
sic – Segundo Informações Colhidas
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
THD - Tratamento mini-invasivo das hemorroidas
UICSS - União Internacional Católica de Serviço Social
UNIARP - Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
UPAs – Unidades de pronto atendimento
VISA – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	14
1. O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
1.1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO ESTADO.....	18
1.2. O SUS: A EFETIVAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE.....	20
1.3. A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO POR NIVEIS DE COMPLEXIDADE.....	26
1.3.1. Atenção Básica/Primária.....	27
1.3.2. Atenção De Média Complexidade/Secundária.....	28
1.3.3. Atenção De Alta Complexidade/Terciária.....	30
1.3.4. Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica.....	31
CAPÍTULO II	34
2. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL	34
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO.....	34
2.2. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRAIBURGO.....	38
2.2.1. Serviços Oferecidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde.....	40
2.2.2. Organograma da Secretaria de Saúde de Fraiburgo.....	45
CAPÍTULO III	46
3. A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO	46
3.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A PROFISSAO DE SERVIÇO SOCIAL.....	46
3.1.1. A Trajetória do Serviço Social Brasileiro.....	48
3.1.2. A Profissão de Serviço Social na Contemporaneidade.....	56
3.1.3. Os Códigos de Ética Profissional da Profissão de Serviço Social.....	59
3.2. RELATO SOBRE O COTIDIANO DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE FRAIBURGO/SC.....	62
3.2.1. Instrumentais Técnico-operativos Utilizados no Cotidiano dos Assistentes Sociais que Atuam Junto à Saúde, no Município de Fraiburgo/SC.....	62
3.2.2. Entrevista com os Profissionais de Serviço Social da Secretaria de Saúde do Município de Fraiburgo/Sc.....	70
3.2.2.1. Entrevista Realizada com a Assistente Social que Atua junto ao CAPS....	70
3.2.2.2. Entrevista Realizada com as Assistentes Sociais que Atua junto ao Setor de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo.....	72
3.2.2.3. Entrevista Realizada com a Assistente Social que Atua junto a Unidade Básica de Saúde do Bairro São Miguel.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

REFERÊNCIAS.....	85
-------------------------	-----------

INTRODUÇÃO

A Gestão da Política Pública de Saúde significa não apenas um olhar para a administração de recursos da saúde, mas também para a qualidade dos serviços prestados e para a satisfação dos usuários com os serviços oferecidos. O profissional assistente social, entre outros profissionais, pode auxiliar no aprimoramento dos serviços e prestar atendimentos de significativa relevância para os usuários, além de assessorar os gestores da área da saúde que atuam junto ao Sistema Único de Saúde - SUS.

A perspectiva de intervenção do Serviço Social, na área de atuação em tela, encontra sua base na pesquisa e no estudo de caso, buscando apontar a necessidade da existência do profissional assistente social e indicar possíveis melhorias a partir da presença deste, na área da saúde, especificamente junto ao SUS.

O presente trabalho trata-se de uma reflexão e análise sobre as possibilidades de atuação do Serviço Social na Política Pública de Saúde, especificamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Como referência para estudo será considerado o período pós Constituição de 1988, onde a Política Pública de Saúde, operacionalizada por meio do SUS, vem sendo efetivada enquanto componente da Seguridade Social e enquanto direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado.

Referenciando o desenvolvimento das ações dos profissionais assistentes sociais que atuam no município de Fraiburgo/SC, buscar-se-á compreender como se dá o cotidiano profissional, qual a contribuição do Serviço Social na Política Pública de Saúde, e quais as possibilidades de intervenção no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS.

O primeiro capítulo abordará o processo de consolidação da Política Pública de Saúde no Brasil, realizando um breve resgate histórico sobre a Saúde em nosso país até a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Neste capítulo serão explicitadas as legislações referentes à Política Pública de Saúde e ao Sistema Único de Saúde - SUS. A promulgação da Constituição Federal de 1988, garantiu significativos avanços no âmbito da Seguridade Social, dentre as políticas públicas que a compõe, a Política de Saúde foi organizada na forma de uma rede de serviços por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Abordar-se-á neste primeiro capítulo,

também, a organização da Política da Saúde e deste Sistema na atualidade, explicitando os vários níveis de atenção à saúde.

O segundo capítulo discorrerá brevemente sobre o histórico do Município de Fraiburgo/SC e sobre a instituição onde será realizada a pesquisa, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde, descrevendo também os serviços oferecidos pela mesma.

Já o terceiro capítulo trará um breve histórico sobre a profissão de Serviço Social, discorrerá sobre os processos de trabalho dos assistentes sociais que atuam no município de Fraiburgo/SC, junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, na Secretaria Municipal de Saúde. Serão elencados e explicitados os instrumentais técnico-operativos utilizados no fazer profissional desses assistentes sociais e, por fim, as entrevistas realizadas com as assistentes sociais que trabalham nos diversos setores que compõe a Secretaria Municipal de Saúde do município de Fraiburgo..

Pretende-se, através do último capítulo, utilizando como referência a realidade dos profissionais que atuam junto ao SUS no município de Fraiburgo/SC, identificar as formas de intervenção do Serviço Social na Política Pública de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

CAPÍTULO I

1. O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

O estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, para compreendê-las verdadeiramente deve-se focar na análise da conjuntura em que se inserem essas políticas. O debate sobre as políticas sociais ganha relevância por seu caráter de mediação entre as demandas sociais e as respostas articuladas pelo aparato governamental para implementá-las (Raichelis, 2006).

A história da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por frequentes reorganizações, edição de novas normas, criação de novas leis e mudanças nas formas de prestar os serviços de saúde (Cronologia..., 2015, p.1).

Até a década de 1930, as ações na área da saúde eram desenvolvidas sem significativa organização institucional, porém, ao estudarmos a evolução da Política Pública de Saúde no Brasil, perceberemos que as primeiras manifestações relevantes, com relação à organização dessa política com centralidade no estado, ocorreram já entre 1889 e 1930, em decorrência da implementação dos serviços de saúde pública em nível nacional (História..., 2015, p.1).

No início do século XX a situação da saúde no país era considerada vergonha nacional devido às várias epidemias que assolavam as terras brasileiras. Inúmeras doenças transmissíveis causaram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras, nesse período ainda não existia atendimento médico público, sendo que a população de classes sociais menos favorecidas dependia de atendimento filantrópico em hospitais de caridade (História..., 2015, p.1).

O governo federal adotou então, como solução para esta problemática, um modelo de medidas voltado para pesquisas biomédicas, principalmente as que se dirigiam às doenças tropicais e a formação de equipes de trabalho organizadas nos moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. O principal objetivo era “limpar” as cidades das graves epidemias existentes, o sucesso das medidas campanhistas foi expresso por meio do controle de processos epidêmicos e pela articulação entre o conhecimento científico, a competência

técnica e a organização do processo de trabalho em saúde, este modelo perdurou por cerca de 70 anos (Cronologia..., 2015, p.2).

Em 1930, Getúlio Vargas, ao assumir a presidência do Brasil, decretou a centralização dos serviços de saúde, buscando o avanço desses serviços para o interior do país. A ação do estado, então, se dividiu em dois eixos: saúde pública de caráter preventivo, conduzida através de campanhas, e assistência médica de caráter curativo (História..., 2015).

As ações de assistência à saúde eram intimamente ligadas às atividades previdenciárias. Getúlio Vargas criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, que eram financiados pela contribuição dos trabalhadores e do governo e garantiam assistência médica e aposentadoria após 30 anos de contribuição (História..., 2015, p.1).

Entre 1946 e 1964, durante o período desenvolvimentista, a influência dos Estados Unidos da América levou o Brasil a adotar o mesmo modelo de atenção a saúde deles, sendo que um grande hospital seria a referência em saúde, já em segundo plano, aparecia a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios (História..., 2015, p.2).

Importante salientar que neste mesmo período, no ano de 1953, a Lei 1.920 criou o Ministério da Saúde. Esta lei dividiu o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde; Educação e Cultura (Do Sanitarismo..., 2015, p1).

Em 1964, ocorre o golpe militar que acarreta na deteriorização das condições de saúde da população, em virtude do aumento da miséria e da mudança na ênfase nos investimentos em saúde, sendo que até então os investimentos em saúde pública eram maiores que em assistência médica, a ditadura militar inverteu essa relação. Neste período iniciou-se a fabricação de medicamentos nacionais, foi então criada a IBIFARMA – Indústria Brasileira de Fabricação de Medicamentos (História..., 2015, p.2).

No ano de 1966 ocorreu a unificação dos IAP's, criando-se então o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, porém só quem contribuía podia usufruir dos serviços (História..., 2015, p.2).

Já em meados da década de 1970, inúmeros serviços de saúde pública fecharam ou funcionaram de maneira ineficaz por motivo da falta de recursos, doenças consideradas sob controle voltaram a aparecer, aumentou a taxa de mortalidade infantil entre outras complicações. Sendo assim, em 1975, através da lei

6.229 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, a primeira tentativa de organizar a saúde no país (História..., 2015, p.2).

No fim da década de 1970, momento em que João Figueiredo era o presidente do Brasil, o clima democrático já começava a se espalhar e o governo se encontrava em crise, sendo que o país passava por uma grave crise econômico-financeira. Neste período a ditadura militar começa a se desgastar, a população já não aguentava mais viver sob a repressão e o controle dos militares.

O desgaste do regime militar, as contradições no interior das classes dominantes e as consequências desastrosas do modelo econômico no aumento da pobreza e das desigualdades sociais, fizeram com que o movimento social contra a ditadura ganhasse novos contornos.

Já na década de 1980, a qual teve seu início bastante tenso, com a abertura democrática e o surgimento de diversos movimentos sociais, profundas transformações no sistema de saúde foram acontecendo, causadas pela evolução político-institucional do país (História..., 2015, p.2). Esta década foi um divisor de águas para o país, para a Política Pública de Saúde e para as demais políticas públicas.

Neste período a saúde vivia um momento tenso, várias doenças consideradas erradicadas ressurgiram e surgiram novas doenças, como por exemplo a AIDS. Como resposta às demandas impostas, é criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-Saúde, um projeto que pretendia estender a cobertura dos serviços para toda a população, com ênfase nos serviços básicos.

Logo em seguida o PREV- Saúde foi substituído por um novo plano criado pelo CONASP – Conselho Nacional de Administração Previdenciária, o qual instituiu a Política de Ações Integradas da Saúde – AIS, retomando as ideias do PREV-saúde com a descentralização (História..., 2015, p.3).

Em 1983 inicia-se no país o movimento Diretas Já, que buscava o fim da ditadura militar e a realização de eleições diretas para presidente da república, este movimento envolveu as mais diversas personalidades, desde as classes mais abastadas até as classes mais subalternizadas. O povo foi para as ruas lutar pela liberdade de expressão e por seus direitos, que até então haviam sido reduzidos significativamente pelo regime ditatorial.

Esta década representou um amplo movimento de conquistas democráticas, sendo que, depois de vinte anos de regime militar, a democracia tomou rumo e, em

1985, a ditadura chega ao fim e são realizadas as eleições, ainda indiretas, para presidente da república. Com a morte de Tancredo Neves, presidente eleito, antes de sua posse, José Sarney assume a presidência.

Paralelamente a todos estes acontecimentos, movimentos sociais em diferentes áreas se organizavam, os sindicatos se fortaleciam, as demandas sociais ganhavam visibilidade pública e a luta por igualdade de direitos se acirrava.

José Sarney, ao assumir a presidência, tem o início de seu governo marcado pelo debate com relação à convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte. Era unânime a opinião de que o novo período, que marcava a abertura democrática no país, necessitava de um texto constitucional democrático.

Em 27 de novembro de 1985, A Emenda Constitucional nº 26 determinou que os deputados e senadores se reunissem na sede do Congresso Nacional, em Assembleia Nacional Constituinte. Sendo assim, em 01 de fevereiro de 1987 o deputado Ulysses Guimarães abriu as sessões da Assembleia Nacional Constituinte, a qual era formada por 559 congressistas (Jornal do Senado, 2008).

Em março deste mesmo ano, é aprovado o Regimento Interno da Assembleia, que determinava em seu texto, além de outras medidas, o recebimento de sugestões de órgãos diversos e a realização de audiências públicas para ouvir a sociedade (Jornal do Senado, 2008).

Em 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde é aprovada a reforma sanitária. Em 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (História..., 2015, p.3).

Em 24 de novembro de 1987 é entregue o projeto de Constituição. Após a análise de 61.200 emendas de parlamentares e 122 emendas populares, encerra-se a votação dos capítulos e projetos da Constituição no dia 02 de setembro de 1988 (Jornal do Senado, 2008).

Encerra-se o trabalho de 20 meses, 9000 horas de discussão e 320 sessões plenárias, em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, que foi a promessa de afirmação e ampliação dos direitos sociais no nosso país e representou o maior avanço na história do Brasil com relação aos direitos humanos e sociais (Jornal do Senado, 2008).

“Declaro promulgada! O documento da liberdade, da dignidade, da democracia, da justiça social do Brasil! Que Deus nos ajude para que isso se

cumpra!” (Deputado Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte. 05/10/1988).

1.1. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: NOVO MODELO DE ORGANIZAÇÃO DO ESTADO.

A Constituição promulgada em 1988 contém 245 artigos, divididos em nove títulos, os quais estabelecem uma nova forma de organização do estado, descentralizando o poder, reconhecendo os municípios como autônomos e instituindo mecanismos de participação da sociedade na implementação das políticas.

No que se refere aos direitos sociais¹, antes cerceados pela ditadura militar e negados aos cidadãos, a Constituição de 1988, em seu Artigo 6º garante-os:

“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

A Constituição Federal de 1988 devolveu a cidadania² para o povo. Em seu texto, garantiu um capítulo para a Seguridade Social, que contém as Políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, o que representou grande avanço.

Visando o amparo aos cidadãos nas situações em que não possam prover suas necessidades e nem tê-las providas por seus familiares, a Seguridade Social recebeu um novo status no que diz respeito à proteção social e no atendimento às

¹ Covre (1991) nos diz que os direitos sociais dizem respeito ao atendimento das necessidades humanas básicas, são todos aqueles que devem repor a força de trabalho, sustentando o corpo humano: alimentação, habitação, saúde, educação, etc. Dizem respeito, portanto, ao direito ao trabalho, a um salário decente, e por extensão ao chamado de salário social, relativo ao direito de saúde, educação, habitação, etc.

² Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranquila. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais.

A cidadania surgiu na sociedade civil e, há algum tempo, passou a atrair a atenção desta mesma sociedade. No mundo contemporâneo, ela aparece na fala de quem detém o poder político, na produção intelectual e nos meios de comunicação. Podemos afirmar que ser cidadão significa ter direitos e deveres.

históricas reivindicações dos trabalhadores, sendo estabelecida enquanto política pública³ essencial.

O artigo 194 da Constituição define a Seguridade Social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Este mesmo artigo define, ainda, os objetivos desta Política:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

No que se refere à Previdência Social, a Constituição diz:

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

- I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;
- II - proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (...).

Sobre a Assistência Social especifica que tratará de atender os hipossuficientes⁴, destinando serviços e benefícios aos que nunca contribuíram para

³ “Linhas de ação coletiva que concretizam direitos sociais, declarados e garantidos em lei” (Pereira, 1996).

A política é a discussão dos caminhos que desejamos para a sociedade, é a ciência de bem governar o povo constituído em estado. É mediante as políticas públicas que são distribuídos e redistribuídos bens e serviços sociais, estas políticas estão fundamentadas no direito coletivo e são um modo de combater e enfrentar as desigualdades sociais de um país, através da criação de planos, programas e projetos que visam a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos por elas atendidos. As políticas públicas são conhecidas como um conjunto de ações por parte do aparelho estatal, que tendem a diminuir as desigualdades sociais.

⁴ Seres humanos carentes economicamente.

o Sistema: “Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”⁵.

Já sobre a Saúde, a Constituição Federal de 1988 afirma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Após imensas batalhas da sociedade civil, como movimentos sociais organizados, sindicatos, passeatas, protestos, entre outros, a promulgação da Constituição Federal de 1988 era a promessa da garantia de um novo modelo de gestão pública, que daria maior visibilidade aos seguimentos, até então, excluídos da sociedade.

A profissão de Serviço Social participou ativamente de todo o processo que levou a promulgação da Constituição de 1988 e vem participando, desde então, na construção da política de Seguridade Social e demais políticas sociais públicas setoriais e por segmento, no país. Contribuiu em especial na consolidação da LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, do ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente, e na criação do SUAS - Sistema Único de Assistência Social e do SUS – Sistema Único de Saúde.

1.2. O SUS: A EFETIVAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE.

A Constituição Federal apresenta a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo que no artigo 198 descreve que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. A justificativa da criação de um sistema único encontra suas bases na necessidade de organizar o país, porém há uma necessidade natural de atender as demandas locais, encontra-se aí a justificativa de uma rede regionalizada e hierarquizada que integra o Sistema Único de Saúde.

⁵ É importante salientar que, muitas vezes, há um equívoco no que se refere ao entendimento da Política de Assistência Social, visto que a maioria das pessoas vê, nesta Política, ações criadas para atender a população carente economicamente, ou seja, os pobres. Porém, conforme está especificado na Constituição Federal de 1988, a assistência social é direito de TODOS e não é uma política criada apenas para as camadas mais subalternizadas.

São instituídas como diretrizes para sua execução do SUS, também no artigo 198 da Constituição Federal: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Como princípios básicos do Sistema Único de Saúde, são adotados os seguintes temas:

- Universalidade, visando o acesso de todos os cidadãos aos serviços e ações de saúde;

- Equidade, basicamente este princípio se explica na seguinte afirmação: “tratar igualmente os iguais na medida de sua igualdade e tratar desigualmente os desiguais na medida de sua desigualdade”, ou seja, atender as necessidades particulares sem perder de vista que todos devem ter acesso aos serviços e ações de saúde, igualar e diferenciar os cidadãos considerando suas necessidades específicas.

- Integralidade: considerar o indivíduo como um todo, um ser biopsicossocial, um universo de possibilidades e necessidades que devem ser atendidas.

- Resolubilidade, diz respeito a capacidade dos serviços e ações de saúde de enfrentar e resolver qualquer que seja o problema de saúde, seja individual ou coletivo.

- Participação Popular/Controle Social, que diz respeito à participação dos cidadãos na proposição, definição e avaliação da Política Pública de Saúde.

- Regionalização e Hierarquização, evidencia a necessidade natural de atender a demandas locais.

- Descentralização, que dá aos municípios autonomia na gestão administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde.

Além desses, também são observados os princípios sobre a administração pública, estabelecidos no artigo 37º da Constituição Federal, sendo eles:

- Legalidade, que diz respeito ao que o gestor público pode fazer, baseando-se na lei.

- Impessoalidade, que se refere à postura que deve ser adotada pelo gestor público, uma vez que jamais deve agir movido por emoção e deve tratar a todos com equidade.

- Moralidade, que se refere a postura ética que deve ser adotada pelo gestor público.

- Publicidade, que diz respeito a clareza das informações que devem ser prestadas pela administração pública e a transparência com que devem ser executadas ações e serviços públicos.

- Eficiência, que diz respeito à relação custo/benefício que deve ser observada pela administração pública. Este princípio é embasado na ideia de uma “boa gestão” e pode ser acrescido da eficácia (o quanto os objetivos e metas traçados são alcançados) e da eficiência (que impactos significativos são alcançados pela gestão, que mudanças e melhorias duradouras são realizadas).

Por fim, o artigo nº 200 da Constituição Federal de 1988 estabelece como competências do SUS, entre outras atribuições:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Uma vez que o SUS – Sistema Único de Saúde estava constituído, o desafio agora seria organizá-lo, regulamentá-lo e colocá-lo em prática. Sendo assim, novas orientações e legislações foram gradativamente implantadas objetivando efetivar o novo Sistema.

No ano de 1990, é sancionada a lei nº 8080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde – LOS, que regulamenta a Política Pública de Saúde, nos moldes previstos na Constituição Federal de 1988, reafirmando o Sistema Único de Saúde – SUS e contendo as diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da Saúde.

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 3º, reconhece que 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. Esta lei também afirma que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

A lei 8080/1990, em seu artigo 6º, inclui, no campo de atuação do SUS:

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Esta mesma lei 8080/1990 também traz os conceitos sobre a vigilância sanitária⁶, a Vigilância Epidemiológica⁷ e a Saúde do Trabalhador⁸, e estabelece, em

⁶ “Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (Lei 8080/1990, art. 6º, § 1º).

⁷ “Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Lei 8080/1990, art. 6º, § 2º).

⁸ “Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (Lei 8080/1990, art. 6º, § 3º).

seu artigo 7º, além das diretrizes previstas na Constituição Federal, os seguintes princípios para o SUS:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O SUS passa a oferecer, para todos os cidadãos, consultas, exames, internações e tratamentos, garantindo assistência integral e gratuita, mesmo nos casos que demandam altos custos (Guimarães, 2015, p. 4).

Ainda no ano de 1990, é sancionada a lei 8.142 que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e determina a transferência dos recursos para a saúde entre as três esferas governamentais. No mesmo ano são publicadas a Portaria n.º 896, de 29/06/1990 e a Resolução n.º 227, de 27/07/1990, as quais implantam o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

Em 1992 foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, a qual tinha o tema: “Municipalização é o caminho”. Desta Conferência resultaram três grandes vertentes: a reafirmação do texto constitucional; a reafirmação do Sistema Único de Saúde, onde foram destacados o financiamento, a questão dos recursos humanos e o controle social; e o debate sobre as crises do estado e do governo.

Em 1993 ocorre a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, por meio da Portaria Nº 545, a Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS/1993. Inicia-se uma nova modalidade de transferência de recursos, a transferência fundo-a-fundo, onde os governos federal e estaduais passam a destinar recursos para os municípios por meio de repasses diretos, desburocratizando o sistema. São criadas as comissões Bipartite (municípios e estado) e Tripartite (Municípios, estados e governo federal) e são definidas funções dos municípios e do Estado para operacionalização do SUS. Neste mesmo ano a Lei nº 8.689 extingue o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Já em 1994 é criado o Programa de saúde da Família – PSF, hoje conhecido como ESF – Estratégia de Saúde da Família, que se constituiu no principal programa de atenção básica na área da saúde, sendo que tem a família como centro de atenção, desenvolvendo as ações no próprio ambiente onde esta vive, incluindo a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Em 1996 é implantada no SUS a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/AIDS. Também ocorre a redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal, por meio da Norma Operacional Básica. Neste momento são extintos repasses de recursos por procedimentos e instituem-se os recursos per capita, piso básico e piso variável.

Em 1998 é implantado o Piso de Atenção Básica – PAB, para organizar a atenção básica em saúde nos municípios brasileiros. Este piso é constituído em um valor mensal per capita que é repassado pelo governo federal aos municípios, os recursos alocados neste piso destinam-se exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde.

No ano de 1999 é criada a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e estabelecidos os medicamentos genéricos no Brasil. Além disso, no ano 2000, são assegurados os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo.

Ainda no ano 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, a qual assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos

de saúde. Esta emenda define as porcentagens mínimas que cada ente federado deve investir na Saúde, garantindo recursos para a operacionalização do SUS.

Nos anos de 2001 e de 2002 são aprovadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, que definem a regionalização e a descentralização, sendo restritas a assistência à saúde e não abordando o financiamento. Ainda em 2002 são criadas a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

No ano de 2004 ocorre a Instituição da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS e o lançamento do Programa Brasil Sorridente, que visa melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Também ocorre o lançamento do programa Farmácia Popular do Brasil e a Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Já em 2005 é lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e, também, é publicado o Plano Nacional da Saúde. Na sequência, no ano de 2006, ocorre a instituição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, o lançamento da Política da Pessoa Idosa e do Pacto pela Saúde (que contém o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão).

Percebe-se que após a criação do SUS no Brasil, houve um avanço enorme na política de saúde, o que caracterizou uma expressiva melhoria na qualidade de vida dos cidadãos que, a partir da Constituição Federal, que definiu a saúde como direito de todos e dever do estado, passaram a estar amparados na lei para que pudessem acessar os serviços e o atendimento, no que se refere à saúde pública. Além disso, por meio de inúmeras campanhas, o SUS vem quebrando preconceitos com relação a doenças e outros agravos, instrumentando a população e buscando melhorar cada vez mais a qualidade de vida dos cidadãos.

1.3. A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO POR NÍVEIS DE COMPLEXIDADE.

Uma vez constituído, o SUS aos poucos foi sendo organizado enquanto um sistema amplo que visa a assistência integral à saúde. O conjunto de ações e serviços prestados por órgãos públicos e, de maneira complementar, pela iniciativa privada, configura-se em níveis de proteção e atenção a saúde na rede

regionalizada e hierarquizada que compõe o SUS. Abordamos a seguir cada nível de atenção a saúde:

1.3.1. Atenção Básica/Primária.

A atenção primária deve atuar como se fosse um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde dos usuários (por volta de 85%) e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Trata-se, geralmente, da porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde.

O papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos, quanto como referência do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do Sistema. Enquanto porta de entrada do paciente ao SUS, a atenção primária deve possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Considera-se, nesse nível de atenção à saúde, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural, buscando 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.

O nível de atenção básica é o que mais estabelece contato com o paciente e comunidade, pois trabalha em um território determinado, o que possibilita conhecer e identificar problemas, realizando um diagnóstico situacional envolvendo indivíduo, coletividade, relacionamentos e o meio em que vive. Esse nível envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população.

A atenção básica é operacionalizada por meio das Estratégias de Saúde da Família – ESFs e do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACs, os quais são fundamentais para a estruturação das redes de atenção a saúde. As ESFs garantem ao cidadão o acesso à Política Pública de Saúde, observando os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção, constituindo-se

em importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e orientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família – PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS , a qual estabelece a Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo de atenção.

Criou-se uma estratégia que privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, saudáveis ou enfermos, de forma integral e contínua.

A atenção volta-se para a família, entendida a partir de seu ambiente físico e social, sendo que se deve conhecer a realidade das famílias com ênfase nas características socioeconômicas, psicoculturais e sociais, condições epidemiológicas e demográficas, diagnosticar problemas de saúde mais comuns e situações de risco, elaborando dessa forma, junto com a comunidade, um plano para enfrentar os fatores colocam a saúde em risco.

O SUS e programas de saúde como as ESFs, tem sido modelos para outros países, pois quando executados de forma efetiva e com competência seus resultados podem ser excelentes.

1.3.2. Atenção De Média Complexidade/Secundária.

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

Ao nível secundário cabem os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como aparelhos de Raio X com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultra-som de geração mais nova, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular a dos médicos. Situa-se em áreas especializadas originárias (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria) e outras tais como oftalmologia e psiquiatria.

Essas especializações, no caso dos médicos, requerem dois a três anos após a graduação para atingir a formação que se realiza por meio da Residência Médica. Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender às situações que foram encaminhadas pelo nível primário.

A quantidade e necessidade de especificidades crescem cada vez mais, e em contra partida o atendimento integral se torna falho ao especializar-se apenas no “*dedo mindinho da mão esquerda*”, não que o nível secundário não tenha importância, é muito importante e de grande valia, mas por ser o nível que diagnostica e realiza o tratamento, muitos usuários preferem ir diretamente a ele o que torna falho o sistema de RAS – Rede de Atenção a Saúde.

O nível secundário visa manter a doença e o paciente estáveis e prevenir futuras sequelas e/ou consequências piores, neste nível se realiza o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Compõe-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demanda de disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

São os pronto atendimentos (UPAs – Unidades de pronto atendimento) que realizam este atendimento, há também os centros de especialidades que são muito procurados. Os pronto socorros são os mais procurados, isso se dá pela resolutividade em comparação a atenção primária, desde exames até o atendimento.

Na atualidade se busca a resolutividade, e a população dificilmente prefere prevenir ao diagnosticar e tratar rapidamente, por esse motivo há uma grande dificuldade em educar as pessoas para que compreendam e sigam os níveis de atenção em saúde, sendo que, geralmente, as pessoas buscam diretamente a atenção secundária, passando por cima da atenção primária.

Se o fluxograma de níveis da RAS fosse seguido, o nível secundário não teria tanta demanda reprimida como se vê em todo o país, pois a demanda tem se tornado tão grande que a resolutividade tem se tornado um desafio, há filas enormes em pronto atendimentos e nas especialidades, falta de profissionais, falta de condições adequadas de trabalho, o que gera um estresse tanto para a população que busca o atendimento quanto ao profissional sobrecarregado, dificultando o funcionamento adequado das RAS.

1.3.3. Atenção De Alta Complexidade/Terciária.

A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, como serviços de urgência e emergência, atenção a gestantes de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção aos pacientes graves.

O modelo técnico-científico de atenção à saúde, que privilegia o hospital como ambiente para a prática de cuidados, contribuiu para que a atenção terciária permanecesse no imaginário popular como nível de atenção à saúde de maior importância. É comum ver a mídia em geral destacar novíssimas tecnologias e até mesmo técnicas experimentais como sendo soluções para os problemas de saúde.

Liga-se a imagem do hospital bem equipado à de eficiência do sistema de saúde, o que contribui ainda mais para uma procura pelos níveis secundários e terciários de atenção a saúde, e diminui e menospreza a atenção primária, que se compreendida da forma correta por profissionais e população estabeleceria um fluxo de funcionamento/atendimento de melhor qualidade em todos os níveis.

A atenção terciária, por ser a de mais alto custo, é o nível de atenção à saúde que mais recebe complementaridade da iniciativa privada, pois exige equipamentos tecnológicos de alta capacidade e especialistas com grande entendimento das áreas que atuam. Não que outros níveis não devam ter esses requisitos, mas o nível que mais necessita é este.

O último nível de saúde, a atenção de alta complexidade, é onde se tratam problemas complexos de saúde, e se obtém resultados positivos ou negativos, dificilmente um meio termo. Por serem procedimentos de alto custo e de extrema importância em sua maioria vitais aos pacientes, como cardiologia e oncologia, é o nível que mais demanda recursos.

Ao mesmo tempo que é complexo exige rápida resolutividade, sendo assim, conta com redes de atendimento e controle que facilitam a resolução, como por exemplo a regulação de leitos, que contribui para a rápida identificação de disponibilidade de leitos entre hospitais da rede de alta complexidade, e as AIH – Autorização de Internação Hospitalar, que pré-estabelecem tempo de internação e gastos com o paciente de acordo com sua patologia.

Para que, em cada área, sejam realizados procedimentos/atendimentos com efetividade, a alta complexidade demanda, logicamente, por especificações. É necessária uma organização complexa e rigorosa, assim cada área é especificada, para facilitar isto foram estabelecidas políticas nacionais de atendimentos às várias áreas de atendimento, ou seja, estabelecendo atendimento fragmentado para melhor tratamento, como por exemplo: Política Nacional de Atenção Cardiovascular; Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva; Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal; Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade; Política Nacional de Atenção Oncológica; Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia; Política Nacional de Atenção às Urgências; Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica; Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; Política Nacional para o Idoso; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Ao falar em custos em saúde, sempre se acredita que o muito ainda é pouco, afinal é a saúde direito de todos e dever do Estado, mas é necessário realizar muito planejamento para que os orçamentos supram as necessidades em saúde de forma que o atendimento não seja prejudicado e seja resolvido da melhor maneira possível.

1.3.4. Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Assistência Farmacêutica.

Percorrendo os três níveis de atenção à saúde, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a assistência farmacêutica formam como que pilares de apoio nas redes de atenção à saúde.

A epidemiologia é o componente da saúde coletiva que estuda o processo saúde/doença referenciando populações, territórios, comunidades, etc. Baseando-se no raciocínio causal (causa X efeito), tem suas atividades voltadas para o desenvolvimento de estratégias de proteção e promoção da saúde da população.

Dentre suas atribuições, destacam-se a avaliação da assistência prestada aos usuários, a verificação do perfil socioeconômico e morbidade da população e a análise das condições de saúde do trabalhador, se caracterizando, portanto, como instrumento de investigação e fornecimento de subsídios para o planejamento das ações da saúde, principalmente concernentes ao processo saúde/doença.

A epidemiologia é extremamente necessária no que diz respeito à Política de Saúde. Estando intimamente ligada com o dia-a-dia das ações realizadas, avaliando, planejando e definindo estratégias, a epidemiologia, quando recebe a devida atenção por parte do gestor em saúde, contribui com os serviços de saúde, norteando todo o processo de planejamento da política no município, estado e na União.

Nesse processo de avaliação, planejamento e definição de estratégias no campo da saúde se deve considerar a realidade da população, para que seja possível atender as demandas apresentadas pela sociedade, considerando determinantes, indicativos e outros fatores que influenciem no processo saúde/doença.

Para a elaboração e execução de um plano de trabalho efetivo no atendimento da população, impreterivelmente, é necessário conhecer e considerar a transição epidemiológica, nutricional e demográfica do país, estado e município, ou seja, as modificações ocorridas durante os períodos da história, concernentes ao processo saúde/doença, ao padrão nutricional das populações e aos aspectos socioeconômicos, de comportamento, moradia, relações sociais, mortalidade, faixa etária, expectativa de vida entre outros.

A assistência farmacêutica diz respeito a todas as etapas do abastecimento e fornecimento de medicamentos, abrangendo os três níveis de atenção à saúde. O fornecimento de medicamentos é descentralizado para os estados e municípios, sendo que os medicamentos oferecidos pelo SUS estão relacionados em uma lista conhecida como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. A última versão da RENAME foi lançada no ano de 2014, sendo que foi a nona edição.

A Assistência Farmacêutica deve ser entendida como um campo prioritário da Política de Saúde, o qual objetiva a promoção e proteção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. A assistência farmacêutica deve pautar-se nos princípios do SUS e buscar a garantia da redução das desigualdades em saúde, principalmente a ampliação do acesso aos medicamentos e a redução dos riscos e agravos.

Quanto a Vigilância Sanitária – VISA, trata-se de um conjunto de ações capazes de que são desenvolvidas com o objetivo de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo em problemáticas oriundas do meio ambiente, da

produção e distribuição de bens, principalmente gêneros alimentícios, e da prestação de serviços inerentes à saúde.

A VISA atua principalmente no âmbito da promoção e proteção da saúde, por meio de ações educativas e de fiscalização. A principal finalidade da VISA é impedir que a saúde da população seja exposta a qualquer risco.

Na atualidade a VISA tem extrema relevância no que diz respeito à saúde pública, pois permite uma visão ampla do ambiente, estando presente em todos os setores inerentes a saúde. A VISA intervém no saneamento básico, descarte e tratamento de esgoto e água, construção civil, descarte de lixo, criação de animais domésticos, ambiente e moradia, identificação e armazenamento de alimentos, instalações hospitalares e de cuidados para com a saúde, entre outros fatores.

A experiência vivenciada na construção da presente monografia demonstra a necessidade da ampliação de estrutura junto a Política Pública em tela, principalmente no que se refere a vigilância em saúde, garantindo maior comprometimento e atenção com a saúde integral, efetiva, eficiente e eficaz ao ser humano.

No capítulo a seguir apresentaremos a caracterização da instituição onde atuam os assistentes sociais, dos quais o cotidiano profissional está referenciado nesta monografia. Abordaremos a história do município e da instituição em questão, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC, apresentando como a mesma está organizada.

CAPÍTULO II

2. CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL.

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO.

Localizado na região meio oeste do estado de Santa Catarina, o município de Fraiburgo, também conhecido como terra da maçã, tem sua história ligada aos desbravadores da família Frey, principalmente os irmãos Rene e Arnaldo. Esta família é proveniente da Alsásia, situada na divisa entre a França e a Alemanha e que oscilou entre os dois países, estando anexada a França no período em que migraram para o Brasil.

Os Frey, que residiam na localidade de Perdizes, hoje município de Videira/SC, adquiriram as terras que eram de propriedade da família de Belizário Ramos. Assim, se instalaram, no ano de 1937, na região até então conhecida como campo da duvida, assim nomeada por ser disputada pelas fazendas Liberata e Butiá Verde. As terras eram cobertas por mata nativa composta por imbuias, cedros, erva mate e, principalmente, pinheiros.

Na ocasião os irmãos Rene e Arnaldo pretendiam instalar uma madeireira naquela localidade, e assim, mesmo com muita dificuldade o fizeram. Construíram estrada para dar acesso até a localidade, construíram as primeiras ruas, alojamentos e posteriormente casas para os funcionários. Assim a vila foi crescendo e os negócios da família Frey também.

Com a diminuição da madeira, foi necessário buscar outras alternativas para a geração de renda, os Frey, demonstrando sua capacidade de adaptação, além de duas serrarias, também abriram uma fabrica de caixas, cantina vinífera, açougue com matadouro anexo, fabrica de crina vegetal, fabrica de pasta mecânica, olaria e granja de suínos (Lopes, 1989).

O núcleo cresceu rápido, sendo que no final da década de 1950, agora denominado de Butiá Verde, já possuía pensão, posto de gasolina, armazéns e um clube. Um grupo escolar já estava em fase de acabamento e já havia luz elétrica, gerada pelas maquinas da própria serraria dos Frey (Lopes, 1989). Neste período planejava-se a construção de um hospital naquela localidade, haja vista que a população ainda dependia de atendimento médico no município de Videira e,

infelizmente, muitas vidas eram perdidas em virtude do difícil acesso que atrasava a chegada das pessoas até o recurso.

A chegada de João Marques Vieira, em 1959, que assumiu a diretoria contábil da empresa dos irmãos Frey, foi decisiva com relação ao nome da localidade. Vieira se adaptou rapidamente a região, porém implicou com o nome “Butiá Verde” aduzindo que a população sequer utilizava esse nome, entretanto ao se referir ao povoado afirmavam que “moravam no Frey” (Lopes, 1989). Assim, sugeriu que Butiá Verde passasse a se chamar Fraiburgo, que significa Vila dos Frey.

A aprovação por parte do povo foi unânime, dessa forma foi encaminhada uma petição para o prefeito de Curitiba, município ao qual o povoado era parte, sugerindo a mudança do nome. Em menos de um mês foi aprovada a lei que passou a denominar o povoado como Fraiburgo (Lopes, 1989). Nesse período iniciava-se a mobilização para construção do Hospital, hoje Hospital Divino Espírito Santo, que foi inaugurado em 10 de outubro de 1961.

No ano de 1960 o pequeno vilarejo havia crescido, a família Frey havia criado vários loteamentos, construído casas e vendido principalmente aos operários, por meio da Urbanizadora Fraiburgo LTDA (mais uma empresa da família). A população havia aumentado significativamente e outros loteamentos estavam surgindo, como por exemplo, o da Papelose Industrial S.A (hoje Trombini S.A).

Fraiburgo havia se tornado a maior fonte de arrecadação de Curitiba, dessa forma, cresceu entre a população a ideia de emancipação, ideia essa que foi assumida por João Marques Vieira, o qual liderou a campanha (Lopes, 1989).

Objetivando conseguir a emancipação de Fraiburgo, foi montada uma comissão, na qual René Frey foi eleito presidente. Essa comissão lutou durante onze meses mobilizando a todos possível para conseguir o que almejavam.

Na data de 16 de dezembro de 1961, René Frey, portando toda a documentação necessária, viajou até a Câmara de Deputados, em Florianópolis, para defender a emancipação de Fraiburgo.

Finalmente, no dia 20 de dezembro daquele mesmo ano, no noticiário das vinte horas da Rádio de Florianópolis, conforme Lopes (1989, p 116) ouviu-se a notícia da aprovação do novo município catarinense:

De repente, o grande momento! “Atenção!... Atenção!... Oeste Catarinense! O nosso estado, a partir de hoje, conta com mais um município: - Fraiburgo é o mais novo município de Sta. Catarina!” A emoção

tomou conta do povo. Houve quem chorasse comovido pela boa nova; enquanto outros, contagiados pelo entusiasmo reinante, percorriam as ruas a gritar: “Viva Fraiburgo! Viva Fraiburgo!”

René Frey, ao retornar, foi recebido com festa pelos fraiburguenses. E assim estava criado o município de Fraiburgo, em 20 de dezembro de 1961, por meio da Lei Estadual n.º 797, sendo que foi instituído oficialmente em 31 de dezembro de 1961.

Os anos se passaram e a pequena Fraiburgo se tornou uma bela cidade. O nome do município provém dos radicais FREI + BURGO, que significam respectivamente Frei = livre e Burgo = fortaleza, sendo que a palavra frei assemelhasse muito com o nome dos precursores que fundaram o município: Família Frey.

Com a colonização predominantemente italiana e alemã, Fraiburgo, que também foi palco de conflitos da Guerra do Contestado, entre 1912 e 1916, está localizado na região meio oeste do estado de Santa Catarina. Com área territorial de aproximadamente 547 km² e localização a 380 quilômetros de Florianópolis, capital do Estado, Fraiburgo limita-se com os municípios de Rio das Antas, Lebon Régis, Curitibanos, Frei Rogério, Monte Carlo, Tangará e Videira.

Atualmente, conforme observamos no Plano Municipal de Saúde, o município possui 14 bairros e 57 comunidades rurais, com densidade demográfica de 63,25 hab/km². Conforme dados do ano de 2010, o município possui 34.553 habitantes, o que representa 0,54% da população do Estado de Santa Catarina.

No que se refere ao gênero dos habitantes, dados do IBGE, ano de 2007, demonstram que os homens representam 49,9% da população e as mulheres, 50,1%. Esses mesmos dados referentes ao ano de 2007 afirmam que 13,8% da população fraiburguense vive nas áreas rurais, já 86,2% vive nas áreas urbanas (SEBRAE/SC, 2013).

Fraiburgo faz parte da AMARP - Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe e está 1.048 metros acima do nível do mar, sendo que devido à altitude, apresenta baixas temperaturas durante a maior parte do ano.

Quanto ao IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, o qual é composto por três indicadores de desenvolvimento humano: vida longa e saudável (longevidade), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda),

variando de zero a um. Fraiburgo, no ano 2010, alcançou 0,731, estando classificado na 68ª posição estadual neste indicador.

No que diz respeito à Educação, o município possui 16 Centros de Educação Municipal, 15 Centros de Educação Infantil, 04 Escolas Estaduais, 01 Escola Agrícola Estadual, 01 Escola Especial Estadual, 01 Escola Especial Particular, 01 Escola de Jovens e Adultos Municipal, 01 Escola de Jovens e Adultos Estadual, 02 Campus Universitários, 02 Escolas Particulares e 02 Centros de Educação Profissionalizante.

As unidades de ensino presentes no município atendem, atualmente, 9.904 estudantes, sendo que estas unidades oferecem desde o maternal até o ensino superior. A taxa de analfabetismo em Fraiburgo corresponde a 5,7% da população, o que representa um decréscimo considerável, visto que na década de 1970 chegava a 29,2%.

Importante considerar que o município possui grupos constituídos em situações de vulnerabilidade social e econômica, que se encontram mais suscetíveis aos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes, sendo eles: *os safristas, os papaleiros, os assentados e os moradores da localidade Nossa Senhora Aparecida, anexa ao Bairro São Miguel.*

A formação dos grupos de *safristas*, que corresponde ao índice de população flutuante, é bastante significativa. Isso se dá pelo fato do cultivo da maçã, principal atividade econômica no município, ter a característica de trabalho sazonal (colheita e raleio), caracterizada pela mão-de-obra sem qualificação, tornando o município grande receptor migratório deste tipo de mão-de-obra. No período entre o raleio e a colheita da maçã, que vai de novembro a abril, estima-se que todos os anos cerca de cinco mil pessoas, de diversos locais do estado de Santa Catarina, Paraná e São Paulo, entre outros, se desloquem até o município para trabalhar

No que diz respeito aos aspectos referentes à saúde da população, o município possui uma taxa de natalidade correspondente a 16,7 nascidos vivos por mil habitantes, sendo que, em 2013, 79,13% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. Quanto à taxa de mortalidade infantil em Fraiburgo, no ano de 2013 foi de 7,59 por mil nascidos vivos (4 óbitos dos 527 nascimentos).

Os habitantes de Fraiburgo possuem, com base em dados do ano 2000, uma média de 70,4 anos de expectativa de vida. Já com relação à mortalidade geral, dos 181 óbitos em 2013, o maior número se refere às pessoas do sexo masculino

(59,11%) enquanto o percentual de óbitos do sexo feminino foi de 40,88%. A principal causa de morte foram doenças do aparelho circulatório, que correspondem a 28,18% dos óbitos, seguidas de neoplasias (tumores), com 22,65%.

2.2. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRAIBURGO.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fraiburgo/SC tem sua sede localizada na Rua Vito Pizzeta, 77, Bairro Vila Salete. Trata-se de uma Instituição pública que desenvolve ações no âmbito das políticas públicas de Saúde, Criança e Adolescente, Direitos da Mulher, Idoso, Pessoa com Deficiência, Juventude, entre outras. Sua abrangência é municipal e atende as demandas existentes em toda a extensão do município.

Esta Secretaria conta com ampla estrutura para atendimento à população. Segundo o Plano Municipal de Saúde – 2014-2017, com base em dados do Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura, no ano de 2013, um total de duzentos e trinta e um servidores atuavam junto à Saúde no município. Destes servidores, cento e doze atuavam em regime estatutário (efetivos), noventa e cinco eram contratados, vinte e três eram cargos comissionados e um agente político.

O Plano Municipal de Saúde (2014-2017) aponta ainda as funções/áreas de atuação de cada servidor que labora junto à Saúde no município, conforme transcrevemos:

- “. Administração – 32
- . Agente Comunitário de Saúde – 54
- . Agente de Serviços Gerais – 15
- . Agente do PEAA – 3
- . Assistente Social – 5
- . Auxiliar de Consultório Dentário – 4
- . Auxiliar de Saúde – 8
- . Enfermeiros – 15
- . Farmacêutico – 1
- . Bioquímico – 3
- . Fiscal da Vigilância Sanitária – 3
- . Fisioterapeuta – 2
- . Fonoaudiólogo – 1
- . Guarda do Patrimônio Público – 11
- . Médico – 12
- . Motorista – 17
- . Nutricionista – 01
- . Odontólogo – 6
- . Psicólogo – 3
- . Técnico de Enfermagem – 32
- . Técnico de Higiene Bucal – 2

- Guarda do Patrimônio Público – 11
- Médico – 12
- Motorista – 17
- Nutricionista – 01
- Odontólogo – 6
- Psicólogo – 3
- Técnico de Enfermagem – 32
- Técnico de Higiene Bucal – 2”

Os dados encontrados no Plano, o qual foi elaborado no ano de 2013, foram atualizados para o ano de 2015. A Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo disponibilizou novas informações com relação às áreas de atuação dos profissionais que atuam na Política de Saúde no município, conforme seguem:

- Secretário de Saúde – 01
- Procurador – 01
- Administração – 31
- Agente Comunitário de Saúde – 55
- Agente de Serviços Gerais – 15
- Agente do PEAA – 02
- Assistente Social – 05
- Auxiliar de Consultório Dentário – 02
- Auxiliar de Saúde – 06
- Enfermeiros – 16
- Farmacêutico – 02
- Bioquímico – 03
- Fiscal da Vigilância Sanitária – 03
- Fisioterapeuta – 03
- Fonoaudiólogo – 01
- Guarda do Patrimônio Público – 10
- Médico – 14
- Motorista – 16
- Nutricionista – 01
- Odontólogo – 08
- Psicólogo – 04
- Técnico de Enfermagem – 30

- Técnico de Higiene Dental – 04

Com relação a estrutura física, a Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo conta com cinco unidades básicas de saúde, uma unidade intermediária com pronto atendimento, um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, uma clinica de fisioterapia e uma unidade básica do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

2.2.1. Serviços Oferecidos por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

Na unidade intermediária localizada no Bairro Vila Salete funciona ampla estrutura de atendimento. Além do Pronto Atendimento, também estão localizados a sede da Secretaria de Saúde do município, entre outros setores administrativos e de atendimento. Essa estratégica centralização permite que seja possível estabelecer uma referência para a população, com fácil acesso e localização, além de facilitar o trabalho, principalmente no que diz respeito a encaminhamentos para outros setores.

Conforme dados fornecidos *in loco* pela Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, nessa unidade funcionam os seguintes setores:

- Assistência Farmacêutica;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Laboratório de Prótese Dentária;
- Vigilância Sanitária;
- Vigilância Epidemiológica com os serviços de: Imunização, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional, Programas: DST/HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase e Tabagismo;
- Setor de Tratamento Fora de Domicílio – TFD;
- Setor de Transporte;
- Setor de Serviço Social;
- Serviço de Eletrocardiograma por Telemedicina;
- Serviço de Triagem Dermatológica por Telemedicina;
- Serviço de Psicologia;
- Serviços de Odontologia;

- Serviços de Fonoaudiologia;
- Serviços de Nutrição;
- Teste do Olhinho;
- Teste da Orelhinha;
- Teste do Pezinho;
- Almojarifado;
- Lavanderia;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- Pronto Atendimento Ambulatorial 12 horas

Importante salientar que atualmente, ano 2015, uma UPA – Unidade de Pronto Atendimento está em construção, já em fase de acabamento, em frente à unidade intermediária. Após a inauguração da UPA, vários setores serão transferidos para lá, sendo que alguns serviços passarão a ser oferecidos na UPA.

Quanto à atenção básica, são cinco unidades básicas de saúde, localizadas em pontos estratégicos para melhor atender a população:

> A unidade básica de saúde do Bairro São José conta com uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal. Esta unidade oferece atendimento médico (Médico da ESF, Clínico Geral, Ginecologista/Obstetra e Pediatra), atendimento de enfermagem, atendimento odontológico (Cirurgião Dentista da ESF e THD), posto de distribuição de Medicamentos, preventivo do câncer de colo de útero e mamas, SISVAN – Sistema de Vigilância e Alimentação Nutricional e imunização. A unidade básica de saúde do Bairro São José atende a cinco bairros, o centro da cidade, doze comunidades rurais e seis assentamentos.

> A unidade básica de saúde do Bairro Santo Antônio possui uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal. Esta unidade oferece atendimento médico (Médico da ESF, Clínico Geral, Ginecologista/Obstetra e Pediatra), atendimento de enfermagem, atendimento odontológico (Cirurgião Dentista da ESF e THD), posto de distribuição de Medicamentos, preventivo do câncer de colo de útero e mamas e SISVAN. Atende a três bairros e uma comunidade rural.

> A unidade básica de saúde do Bairro São Miguel atende três bairros e um assentamento, possuindo duas Equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal. Nessa unidade são oferecidos atendimento médico (Médico da ESF,

Ginecologista/Obstetra, Pediatra), atendimento odontológico (Cirurgião Dentista da ESF e ACD), atendimento de enfermagem, Serviço Social, SISVAN – Sistema de Vigilância e Alimentação Nutricional, imunização, preventivo do câncer de colo de útero e mamas, posto de distribuição de medicamentos, teste do pezinho e clínica de fisioterapia.

> Na unidade básica de saúde do Bairro São Sebastiao são oferecidos atendimento médico (Médico da ESF, Ginecologista/Obstetra, Pediatra), SISVAN, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico (Cirurgião Dentista e ACD), imunização, preventivo do câncer de colo de útero e mamas e posto de distribuição de medicamentos. Essa unidade possui uma Equipe de Saúde da Família e atende três bairros, um assentamento e seis comunidades rurais.

> A unidade básica de saúde do Bairro Macieira atende três bairros e três comunidades rurais, sendo que possui uma Equipe de Saúde da Família e oferece atendimento médico (Médico da ESF), atendimento de enfermagem, atendimento odontológico (Cirurgião Dentista e ACD), SISVAN – Sistema de Vigilância e Alimentação Nutricional, preventivo do câncer de colo de útero e mamas e posto de distribuição de medicamentos.

O município de Fraiburgo possui um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I que, conforme o Plano Municipal de Saúde – 2014/2017, “tem como objetivo acolher pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, estimulando a integração social e familiar do paciente, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia”.

Embora o foco do CAPS seja o atendimento psicossocial por meio de oficinas terapêuticas, suas ações vão bem além disso. Com uma equipe composta por Assistente Social, Médico, Enfermeira, Psicólogas, Professor de Educação Física, Artesão, Assistente Administrativo, Agente de Serviços Gerais e Guarda do Patrimônio Público, o CAPS oferece atendimento individualizado e grupal, consulta médica, consulta psicológica, oficinas terapêuticas, outras oficinas (voltadas para artesanato, artes, atividades físicas e outros), campanhas por meio da panfletagem (distribuição de material educativo) dentre outras atividades.

A clínica de fisioterapia da rede publica oferece atendimento nas áreas de ortopedia e traumatologia, neurologia, pediatria, reumatologia, pneumologia, entre outros, com atendimentos para adultos e crianças agendados na recepção da unidade básica de saúde do Bairro São Miguel. Essa clinica atende o Bairro São

Miguel e arredores, já os habitantes de áreas rurais e do centro da cidade e arredores são encaminhados para clínica de fisioterapia conveniada com o SUS, nesses casos os agendamentos são realizados no setor de Serviço Social, na unidade intermediária localizada no Bairro Vila Saete.

Com relação ao SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o município de Fraiburgo teve sua unidade implantada no ano de 2011, sendo que as equipes são compostas por um motorista socorrista e um técnico em enfermagem.

Conforme informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo, os objetivos do SAMU são:

- Realizar atendimentos médicos pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e transportá-lo com segurança e com acompanhamento de profissionais até o Pronto Atendimento ou Hospital;
- Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito macro-regional e estadual;
- Participar dos planos de socorro em casos de desastres com múltiplas vítimas, tais como: acidentes de trânsito, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos, entre outros;
- Trabalhar em parceria com o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Polícia Civil, quando necessário, para os serviços de salvamento e resgate.

Diversos outros serviços, programas e projetos são oferecidos, complementando melhorando o atendimento à população fraiburguense. Podemos citar: Academia da Saúde, Casa de Apoio para pacientes de TFD (no município de Florianópolis), NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família⁹, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, Programa de Controle do Tabagismo, Programa de Prevenção e Tratamento DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, Programa de Controle da Hanseníase e Tuberculose, Programa de Controle de Endemias, Programa Saúde na Escola – PSE, Aferição de Pressão Arterial, Avaliação antropométrica,

⁹ Trata-se, assim como já sugere o nome, de um núcleo de apoio às Estratégias de Saúde da Família, que visa a consolidação da atenção básica no Brasil e a ampliação da resolutividade e da abrangência deste nível de atenção em saúde. No NASF uma equipe multiprofissional atua de forma integrada com as ESFs, tendo como prioridade a prevenção e a promoção da Saúde.

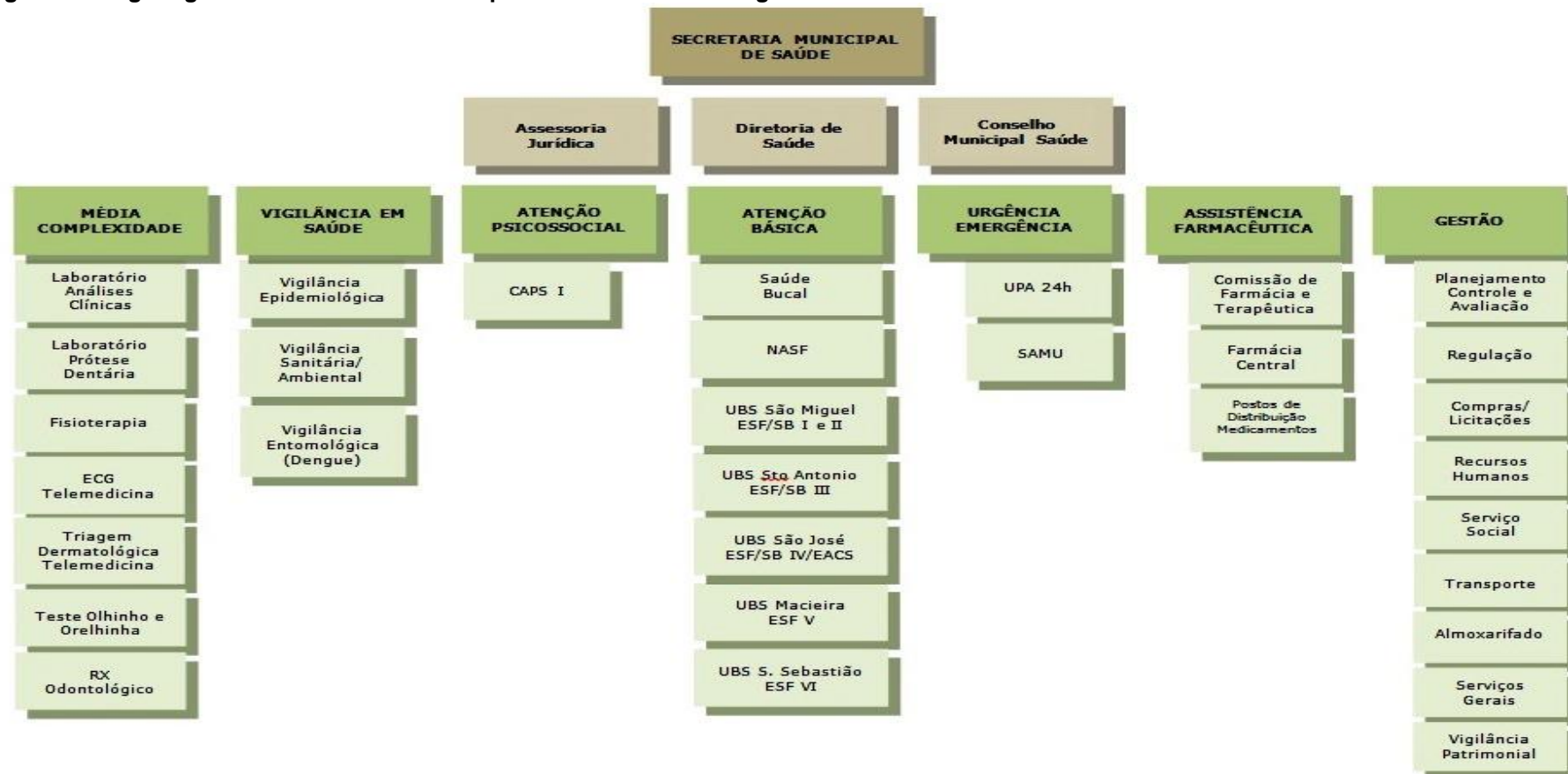
Coleta de material para exame citopatológico, Curativo, Glicemia Capilar, Imunização, Nebulização, Testes Rápidos, Atendimento individual e em grupo por equipe multiprofissional (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Psicóloga, Artesã e Professor de Educação Física), Oficinas Terapêuticas, Assistência Farmacêutica¹⁰, Laboratório de Análises Clínicas (que conta com Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Microbiologia, Parasitologia, Urinálise, Teste do Pezinho e Exames diversos encaminhados ao LACEN), Laboratório de Prótese Dentária, Serviços por telemedicina, entre outros.

¹⁰ O município de Fraiburgo elaborou, com base na RENAME, a REMUME – Relação Municipal de Medicamentos, sendo que esta relação de medicamentos é adaptada para a realidade do município.

2.2.2. Organograma da Secretaria de Saúde de Fraiburgo.

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC, a mesma está organizada da seguinte maneira:

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC.



FRAIBURGO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde: Fraiburgo/SC, 2015.

CAPÍTULO III

3. A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICÍPIO DE FRAIBURGO.

No presente capítulo abordaremos o histórico da profissão de Serviço Social, com enfoque para a análise e reflexão sobre a contribuição desta relevante profissão no sistema público de saúde no município de Fraiburgo/SC.

3.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE A PROFISSAO DE SERVIÇO SOCIAL.

Com o fim do período medieval e o surgimento das primeiras fabricas houve uma grande migração das pessoas que moravam no campo para a cidade em busca de emprego e melhores condições de vida.

Surgiram, nesse período, as ideias liberais, que defendem a não intervenção do Estado na economia, alegando que a mesma é regulada pela lei de oferta e procura. Com o liberalismo foram surgindo os primeiros capitalistas, então quem passa a deter o poder não é mais somente a igreja ou o estado, mas sim quem detém os meios de produção, a classe que ficou conhecida como burguesia. Sendo assim, houve uma nova divisão entre a população: de um lado os capitalistas, de outro os trabalhadores.

O surgimento destas duas classes resultou em um intenso conflito, onde cada um defende seus interesses. O conjunto de problemas causados por este conflito ficou conhecido como “questão social”.

Conforme as fábricas cresciam, o trabalho foi reorganizado e dividido, ou seja, foram criados meios para produzir e organizar a produção, sendo que os mais conhecidos são os modelos taylorista, fordista e toytista. A partir desta nova maneira de produzir, o trabalhador se especializou em apenas uma tarefa, passando não mais a conhecer todo o processo de produção, sendo assim o trabalho se tornou cansativo, repetitivo e alienante.

A ideia de acúmulo de bens ganhou força e as duas classes se distanciaram gradativamente, o que acabou acirrando as expressões da questão social. Durante o século XVIII, o trabalhador era explorado e chegou a trabalhar até 14 horas diárias.

As empresas não conseguiram absorver toda a mão de obra disponível, oriunda do êxodo rural, estes trabalhadores foram se instalando as margens dos centros industriais, formando grandes bolsões de pobreza, o que resultou no acirramento ainda maior das expressões da questão social, causando uma grande transformação societária.

Com a inclusão da tecnologia e da robótica nas indústrias, o desemprego aumentou expressivamente; por outro lado, os trabalhadores passaram a se organizar, formando sindicatos e lutando por seus direitos e por melhores condições de vida. Intensos movimentos sociais brotaram em meio à realidade de uma sociedade injusta, exploradora e totalmente instável.

Na tentativa de evitar mais revoluções e assistir a classe proletária, o Serviço Social foi institucionalizado como profissão na Europa, no final século XIX, sendo que a primeira escola de Serviço Social europeia foi fundada em Amsterdã, Holanda, no ano de 1899. Neste mesmo ano, em Nova York/EUA, foi fundada o que se chamava de Escola de Filantropia Aplicada, posteriormente incorporada pela Universidade de Columbia e denominada Escola de Trabalho Social. (Martinelli, 1989).

Em 1908, surgem escolas de Serviço Social na Alemanha e na Inglaterra, logo em seguida, em 1911, é fundada a escola de Paris, França. Após a fundação da escola de Paris foram sendo criados núcleos associativos de assistentes sociais católicos, que refletiam sobre a questão social, a doutrina da Igreja e suas implicações na prática profissional. Em 1913 é fundada mais uma escola de Serviço Social em Paris, porém de orientação protestante.

Os núcleos associativos de assistentes sociais católicos se multiplicaram na Europa e, a partir deles, nasceu a UICSS - União Internacional Católica de Serviço Social, a qual teve amplo apoio da Igreja Católica e da Burguesia. A UICSS acabou se transformando em um núcleo de sensibilização e mobilização de leigos para a ação social, repercutindo, inclusive, na criação das primeiras instituições católicas brasileiras e na criação das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil, sendo que as primeiras assistentes sociais brasileiras viajaram até a Europa com a finalidade de obter a formação necessária para que pudessem atuar no Brasil.

3.1.1. A Trajetória do Serviço Social Brasileiro.

A profissão de Serviço Social foi introduzida no Brasil, na década de 1930, sob forte influência da Igreja Católica, quando esta tentava buscar seus seguidores a partir de práticas assistencialistas¹¹ e normativas. A intenção dos governantes ao implantar o Serviço Social no Brasil era de integrar os “marginalizados”, suprir o atraso cultural, integrar o povo rural ao sistema e impedir que setores “em disfuncionalidades” apresentassem risco a harmonia e ao equilíbrio da sociedade.

O Serviço Social somente passou a ser reconhecido como profissão quando a Igreja se organizou para assumir um papel ativo no tratamento da questão social. O Estado, neste período, tutelava as relações de trabalho, intervia nos movimentos populares e determinou uma legislação a fim de conciliar os interesses contraditórios entre o capital e o trabalho, através do Assistente Social, o qual criava projetos políticos para amparar e proteger o trabalhador sem ferir os interesses do capitalista tentando, assim, diminuir os “males sociais”, tendo em vista o desenvolvimento urbano e industrial.

As bases do Serviço Social eram o doutrinário e a moral, a economia era baseada no neoliberalismo e o povo, nesse momento histórico, exigia uma nova constituição. As primeiras escolas de Serviço Social, no Brasil, surgiram na década de 1930, quando se iniciou o processo de industrialização e urbanização no país, porém a profissão foi regulamentada, por meio da lei Nº 3.252, somente em 27 de agosto de 1957.

Inicialmente seguindo conceitos de origem europeia, fundamentando-se na Escola de Serviço Social de Bruxelas, e, posteriormente, incorporando em sua prática, teorias norte-americanas, principalmente com base nos ensinamentos de Mary Richmond, a primeira escola de Serviço Social, no Brasil, foi fundada em 1936 na Pontifícia Universidade Católica - PUC de São Paulo, a segunda em 1937 na PUC do Rio de Janeiro.

A primeira escola de Serviço Social do Brasil foi fundada a partir do estímulo de jovens católicas que possuíam o interesse em formar um Centro de Estudos e

¹¹ Assistencialismo é o contraponto do direito à proteção social. É o acesso aos bens por meio de doações. O assistencialismo não garante cidadania, pois por meio dele o acesso as condições dignas da vivência humana é conseguido por meio de favores e da boa vontade ou interesse de alguém.

Ação Social - CEAS. Em sua gênese o Serviço Social era baseado em conceitos tomistas¹², neotomistas¹³ e positivistas¹⁴, sua prática se dava a partir da filantropia, da caridade e da solidariedade religiosa. A formação profissional dos assistentes sociais utilizava da mesma metodologia da qual se valia a ação católica, chamada de círculos de estudo.

A estruturação do Serviço Social contou com duas bases que acionaram a formação acadêmico-profissional, sendo elas a filosofia, como suporte de formação moral, e a preocupação com a cientificidade, na busca de uma metodologia própria. Os campos de atuação dos assistentes sociais, na gênese do Serviço Social no Brasil, eram a família, as escolas, os “menores”, a saúde, as empresas, os “delinquentes” e o meio rural.

A implantação do Serviço Social nas instituições¹⁵ brasileiras teve reforço com a criação da LBA – Legião Brasileira de Assistência, em 1942. A LBA foi criada pela primeira dama brasileira, senhora Darcy Vargas, para atender as famílias dos pracinhas combatentes da segunda guerra mundial. Posteriormente a LBA veio a se

¹² É chamado de tomismo o conjunto de doutrinas teológicas e filosóficas de São Tomás de Aquino. São Tomás foi um monge dominicano que viveu no século XIII e que, influenciado por Aristóteles, Platão e Santo Agostinho, criou um sistema filosófico e teológico próprio e original que gradualmente tornou-se importante a ponto de marcar toda a filosofia medieval. Aqueles que seguem o pensamento de São Tomás ou alguma de suas doutrinas são conhecidos por tomistas. (...).

O mérito da filosofia de Tomás de Aquino está exatamente em aliar o pensamento lógico e racional de raiz aristotélica com a fé cristã. (<http://www.infoescola.com/filosofia/tomismo/>)

O princípio fundamental do Tomismo é a ideia de que tudo é inteligível pelo ser, significando que Deus é a fonte de todos os seres e que a pessoa é o que há de mais perfeito no universo. O homem é dotado de vontade e por isso pode escolher seus caminhos, ele precisa ser considerado como fim e nunca como meio.

¹³ O Neo Tomismo é uma tentativa de retornar a filosofia Tomista, que era voltada para o indivíduo e para o realismo. Esta retomada as idéias de São Tomás de Aquino se deu principalmente por influencia de uma encíclica do Papa Leão XIII, no ano de 1879. Esta filosofia prega que o indivíduo é responsável por tudo aquilo que acontece em sua vida, que o ser humano possui sim um intelecto, opondo-se as idéias agostinianas que diziam que o conhecimento humano dependia de uma iluminação divina.

¹⁴ Positivismo é uma linha teórica de autoria de Auguste Comte que diz que para se obter uma resposta científica séria, não se deve buscar causas em fenômenos externos, mas sim em fatos que são acessíveis pela observação. Comte deixou como base de seu pensamento sete palavras: real, útil, certo, preciso, relativo, orgânico e simpático. O positivismo teve forte influencia no Brasil, podendo-se notar pela bandeira do país, cuja possui a frase: “ordem e progresso”, tentando passar a idéia de que cada coisa deve estar em seu devido lugar para que se possa conduzir a vida social com perfeição. (<http://www.brasilecola.com/sociologia/positivismo.htm>)

¹⁵ Organizações ou mecanismos sociais que controlam o funcionamento da sociedade e influenciam na vida dos indivíduos. As instituições se mostram de interesse social, pois refletem experiências quantitativas e qualitativas dos processos socioeconômicos.

Toda instituição possui um sistema de regras e normas que visam à ordenação das interações entre os indivíduos e entre estes e suas respectivas formas organizacionais.

As instituições possuem um papel fundamental no processo de socialização, elas são responsáveis pela organização das interações sociais e seu objetivo é fazer com que o indivíduo se torne membro da sociedade.

constituir, segundo alguns autores, a primeira instituição de assistência social do país¹⁶.

A profissão de Serviço Social, após sua implantação no Brasil, passou por um longo período extremamente conservador, tendo sua prática baseada no método: estudo, diagnóstico e tratamento, o qual concebia o homem como desajustado e problemático, tentando reintegrá-lo ao contexto social, buscando apenas manter o controle da classe trabalhadora, sendo que a pobreza¹⁷, neste período, chegava a ser tratada como caso de polícia, pois não era encarada como expressão da questão social e sim como disfunção individual.

Após este período conservador, pelo qual passou o Serviço Social, desde sua implantação no país, na década de 1960, fortes questionamentos eram levantados por parte de alguns profissionais com relação à prática profissional, o compromisso e a consciência social de seus agentes. Neste momento, estes profissionais sentiam a necessidade de ruptura com o caráter conservador que deu origem a profissão, propondo uma nova ação profissional, deixando a orientação positivista e funcionalista que direcionava as práticas profissionais até então e buscando, a partir desse momento, atender a demanda e os interesses populares. Assim, se inicia o Movimento de Reconceituação do Serviço Social Latino Americano.

A renovação, aliada às transformações sociais da década, propiciou um novo rumo para a profissão de Serviço Social, que se opôs ao tradicionalismo adotando novos métodos e novas técnicas profissionais.

A profissão de Serviço Social teve sua história marcada pelo movimento de reconceituação, que trouxe nova base teórica e permitiu a formulação de um novo projeto profissional. Este movimento buscava uma proposta que atendesse as necessidades expressas pelas demandas emergentes, visando não mais atender de

¹⁶ Há registros que afirmam que a primeira instituição em que se praticou assistência social no Brasil foi a “Casa de Deus para os Homens”, o primeiro hospital brasileiro que, criado por iniciativa de Brás Cubas, deu origem a Santa Casa de Misericórdia de Santos.

¹⁷ A trajetória do Brasil e da maioria dos brasileiros espelha a história de um povo colonizado por descobridores, mercadores, senhores da terra, senhores do capital, senhores do aparelho do Estado, senhores da comensuração, pelos donos do poder. Assim, miséria e vassalagem, a pobreza e subalternidade fazem parte da mesma trajetória, embora existam estratégias de gestão articuladas pelos que se fazem donos do poder. (Sposatti, 1998).

Assim se faz entender que o Brasil desde o descobrimento e colonização traz uma bagagem capitalista, bagagem esta trazida pelos europeus. Nesse sistema capitalista não há como existir igualdade social, pois é a classe trabalhadora que mantém o capitalista, logo há, dentro do capitalismo, uma necessidade de existir a classe trabalhadora, pobre e explorada. Então a pobreza, infelizmente, se tornou natural, como se fosse uma lei universal que dita que uns devem ter mais e outros menos.

forma assistencialista, o que provocou uma profunda mudança na profissão. Porém, em virtude do golpe dado em 1964 pelos militares, essa nova roupagem do Serviço Social teve de esperar aproximadamente 20 anos, até o fim da ditadura militar que se instaurou no país, podendo se concretizar apenas a partir da década de 1980.

O processo de renovação do Serviço Social negava o tradicionalismo e o paternalismo e todas as práticas utilizadas até então como, por exemplo, a visão fragmentada da metodologia utilizada: caso, grupo e comunidade. Os principais aspectos da renovação foram: a instalação do pluralismo teórico, ideológico e político, pois não se tratava de um movimento homogêneo; a crescente diferenciação das concepções profissionais; a sintonia da polêmica teórico-metodológica profissional com as discussões em curso no conjunto das ciências sociais; e a constituição de segmentos de vanguarda voltados para investigação e pesquisa.

Três, foram as perspectivas oriundas durante o processo de reconceituação da profissão:

> **Modernizadora:** buscava adequar a profissão enquanto instrumento de intervenção, conforme exigências dos processos sociopolíticos emergentes do golpe militar de 1964. Esta perspectiva perdurou entre 1967 e 1970, momento em que o Estado se encontrava sob governo de Costa e Silva, o qual buscava modernizar o país através do PND - Plano Nacional de Desenvolvimento.

Esta vertente se caracterizou pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas, sistêmicas e positivistas, voltadas para uma modernização conservadora. A partir dela o serviço social buscava melhorar o sistema através do enfrentamento da pobreza numa perspectiva de integração e ajustamento dos sujeitos sociais.

Esta vertente é expressa nos documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) e no conhecimento produzido nesse período, sendo que o objeto de trabalho do Serviço Social, neste momento, eram os moradores das favelas, os pobres, os analfabetos e os desempregados. Entendia-se que estes indivíduos eram incapazes, por sua própria natureza de “ascender” socialmente, sendo assim, o objetivo do Serviço Social era “moldá-los”, “integrá-los ao sistema”.

A atuação da profissão de Serviço Social, na perspectiva modernizadora, se dava com base nas inter-relações do binômio “indivíduo X sociedade”. Numa prática

institucionalizada, o Serviço Social se caracterizava por atuar junto aos indivíduos que possuíam “desajustamentos” familiares e sociais.

A profissão de Serviço Social, no momento dos seminários de Araxá e Teresópolis, utilizava-se da metodologia de caso, grupo e comunidade, que conforme cada situação possuía etapas de intervenção:

Na metodologia de caso, eram utilizadas três etapas de intervenção, sendo elas: estudo, diagnóstico e tratamento. Na metodologia de grupo, eram utilizadas duas etapas: “estudo e diagnóstico” e tratamento. Já na metodologia de comunidade eram utilizadas 3 etapas: estudo, planejamento e execução.

Um dos muitos objetivos do Seminário de Araxá era o rompimento com o Serviço Social tradicional e conservador, porém, conforme afirma o autor José Paulo Neto, embora este seminário tenha sido inquestionavelmente produtivo e se tenham alcançado significativos avanços, o Seminário de Araxá não rompe com o tradicionalismo.

É notável a recuperação do tradicionalismo na metodologia utilizada (caso, grupo e comunidade) e na ausência de uma explicitação teórico-metodológica para dar sustentação e respaldo na efetivação de respostas às necessidades das classes sociais subalternizadas.

Já no seminário de Teresópolis foi apresentada uma proposta para renovação do Serviço Social no Brasil, a qual incluía a qualificação do Assistente Social e a definição do perfil sócio técnico da profissão. Porém neste seminário é percebida a inscrição conclusivamente no circuito de modernização conservadora, colocando, apenas, um nível mais complexo nas discussões elaboradas em Araxá. Prova disso é a recuperação, no momento do Seminário de Teresópolis, dos métodos profissionais tradicionais de caso, grupo e comunidade.

> Reatualização do Conservadorismo: reatualizava o Serviço Social inicial, ou seja, retomava aspectos encontrados na gênese da profissão de Serviço Social no Brasil, recuperando os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão. Este período vai de 1978 a 1980, momento em que Figueiredo se encontrava no poder. Neste período, o clima democrático já começava a se espalhar e o governo se encontrava em crise, sendo que o país ficou inadimplente com o pagamento da dívida externa.

A metodologia utilizada pelo Serviço Social neste período era baseada na fenomenologia¹⁸ e, através dessa vertente, o Serviço Social recupera o conservadorismo histórico da profissão, reatualizando-o.

Esta proposta apareceu expressa no documento de Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984) e na metodologia e intervenções das assistentes sociais Anna Augusta de Almeida, Creuza Capalbo e Ana M.B. Pavão.

Através da utilização superficial e simplificada da Fenomenologia, em que as assistentes sociais não recorreram aos clássicos estudiosos desta doutrina, se recuperou os traços do conservadorismo, com princípios do neotomismo e com uma ótica humanista, de autodeterminação e de pressupostos psicologistas.

Na reatualização do conservadorismo se fazia uso da metodologia dialógica, onde a intervenção profissional se constituía como ajuda psicossocial. Desta forma o assistente social e o cliente¹⁹ realizavam uma troca de experiências.

Para o desenvolvimento desta metodologia estabelecia-se um dialogo entre o profissional e o individuo, a fim de obter a identificação e objetivação da Situação Existencial Problematizada – SEP, a percepção e a forma de consciência (análise crítica da SEP), a síntese crítica da SEP, a elaboração de um projeto para resolução da SEP e o retorno reflexivo, que comparava aquilo que fora alcançado com o que foi objetivado no projeto.

Neste processo o cliente devia identificar e dizer qual era a Situação Existencial Problematizada, o assistente social apenas provocava, no sentido de que esta situação fosse colocada como objeto de estudo, sendo que o sujeito era o investigador e elaborava o projeto para sua resolução. Assim, o assistente social fora rebaixado a um simples auxiliar na abertura do sujeito em relação a suas problemáticas.

> Intenção de Ruptura: pretendia romper com o conservadorismo de forma verdadeira, esta vertente surge em 1972, é deflagrada em 1979 com o Congresso da Virada (III Congresso de Assistentes Sociais do Brasil), porém só ganha força conforme o movimento democrático cresce, na década de 1980.

¹⁸ Fenomenologia deriva das palavras gregas *phainesthai* que significa aquilo que se mostra, e *logos* que significa estudo, sendo etimologicamente: “o estudo daquilo que se mostra”. A Fenomenologia tem como objeto de estudo o fenômeno em si. O método fenomenológico consiste em mostrar o que é apresentado e esclarecer o fenômeno.

¹⁹ Assim eram chamados os usuários dos serviços sócioassistenciais.

Esta perspectiva tem como base ideias marxianas e marxistas, mudando profundamente a identidade da Profissão de Serviço Social. Buscava formar um Serviço Social efetivo na garantia de direitos e de cidadania, que contribuísse na consolidação de um sistema menos desigual, negando a prática clientelista, empirista, paliativa e burocratizada, que era parametrada por uma ética liberal burguesa e consistia apenas na correção de resultados psicossociais considerados negativos e indesejáveis.

Em 1972 o marco da intenção de ruptura, ainda sob regime militar, foi quando em Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, estudantes e professores da escola de Serviço Social iniciam o que ficou conhecido como Método BH.

Referindo-se ao nível econômico, sociopolítico e ideológico, criticando o tradicionalismo por sua neutralidade, pela departamentalização da realidade, e pela fragmentação dos fenômenos sociais, este método se baseava em três momentos: “Sensível”, que se materializava através de um contato sensível com a população; “Abstrato”, que consistia na formação de grupos de discussão sobre as diversas problemáticas identificadas; e “Racional ou Científico”, que era o momento de síntese, através de reuniões plenárias.

Foi uma proposta inovadora e arrojada que fez uma análise da estrutura social, porém, não conseguiu sair do senso comum, sendo que ao final dos três momentos, não se adquiria conhecimento além daquilo que já existia. Não havia uma crítica teórica ao se aplicar este método, até mesmo pelo fato de que o ambiente político deste período tornava difícil o acesso à bibliografia crítica, sendo que apesar de os profissionais terem referências marxistas, eles não podiam exprimi-las em nenhum documento, daí a proposta aparecer como análise da estrutura social.

As principais idealizadoras do Método BH foram as assistentes sociais Leila Lima Santos e Ana Maria Quiroga. Em seu livro “Textos do Serviço Social”, publicado em 1982, Santos diz que o Método BH foi um modelo dirigido aos setores mais explorados de Minas Gerais e que a metodologia externava o comprometimento dos alunos e dos profissionais com seu povo.

Cerceado por um cenário que não permitia manifestações deste cunho no âmbito universitário, o método BH teve uma vida breve, finalizando em 1975 com a demissão de vários profissionais da escola, ligados a esta proposta.

Já na década de 1980, o desgaste do regime militar, as contradições no interior das classes dominantes e as consequências desastrosas do modelo econômico no aumento da pobreza e das desigualdades sociais, fizeram com que o movimento social contra a ditadura ganhasse novos contornos.

Esta década representou um amplo movimento de conquistas democráticas, sendo que, depois de vinte anos de regime militar, a democracia tomou rumo e, em 1985, a ditadura chega ao fim e são realizadas as eleições, ainda indiretas, para presidente da república. Com a morte de Tancredo Neves antes de sua posse, José Sarney assume a presidência.

Em meio a todos estes acontecimentos, movimentos sociais em diferentes áreas se organizavam, os sindicatos se fortaleciam, as demandas sociais ganhavam visibilidade pública e a luta por igualdade de direitos se acirrava. José Sarney, ao assumir a presidência, tem o início de seu governo marcado pelo debate com relação a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte. Era unânime a opinião de que o novo período, que marcava a abertura democrática no país, necessitava de um texto constitucional democrático.

Em 27 de novembro de 1985, A Emenda Constitucional nº 26 determinou que os deputados e senadores se reunissem na sede do Congresso Nacional, em Assembleia Nacional Constituinte. Sendo assim, em 01 de fevereiro de 1987 o deputado Ulysses Guimarães abriu as sessões da Assembleia Nacional Constituinte, a qual era formada por 559 congressistas.

Em março deste mesmo ano, é aprovado o Regimento Interno da Assembleia, que determinava em seu texto, além de outras medidas, o recebimento de sugestões de órgãos diversos e a realização de audiências públicas para ouvir a sociedade.

No dia 24 de novembro de 1987 é entregue o projeto de Constituição e, após a análise de 61.200 emendas de parlamentares e 122 emendas populares, encerra-se a votação dos capítulos e projetos da Constituição no dia 02 de setembro de 1988.

Encerrando o trabalho de 20 meses, 9.000 horas de discussão e 320 sessões plenárias, todos estes fatos culminaram, em 05 de outubro desse mesmo ano, com a promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, que foi a promessa de afirmação e ampliação dos direitos sociais no nosso país.

Declaro promulgada! O documento da liberdade, da dignidade, da democracia, da justiça social do Brasil! Que Deus nos ajude para que isso se cumpra! (Deputado Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte. 05/10/1988)

A Constituição promulgada em 1988 contém 245 artigos, divididos em nove títulos. Em seu texto, garantiu um capítulo para a Seguridade Social, que contém a Política de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, o que representou grande avanço para a profissão de Serviço Social, considerando a Seguridade Social com status de política pública, definindo-a como essencial e alargando os campos de atuação do profissional assistente social.

3.1.2. A Profissão de Serviço Social na Contemporaneidade.

Após o fim da ditadura militar, na década de 1980, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Serviço Social Brasileiro passou por profundas transformações oriundas do processo de reconceituação da profissão, o qual foi iniciado ainda na década de 1970. Acompanhando as transformações do país a profissão de Serviço Social necessitou de uma nova regulamentação, sendo assim foi criada, em 1993, a Lei nº 8.662, que regulamenta a profissão desde então.

O exercício profissional também passou a ser orientado pelos princípios firmados na Constituição Federal de 1988 e legislações complementares referentes às políticas sociais públicas e aos direitos da população.

Na contemporaneidade o profissional de Serviço Social, denominado Assistente Social, trabalha através de pesquisas e análises de realidade social, na formulação, execução e avaliação de serviços, programas e políticas sociais, buscando a preservação, defesa e ampliação de direitos e a justiça social.

O assistente social deve elaborar, implementar, executar, coordenar e avaliar políticas sociais, planos, programas e projetos em meio a sociedade. Também é função do profissional de Serviço Social realizar encaminhamentos para as diversas políticas sociais públicas e prestar orientação social, orientar indivíduos para que façam uso de seus direitos, planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais, prestar assessoria e consultoria.

O Serviço Social é uma profissão de caráter interventivo, crítico e sóciotransformador, inserida na divisão sócio técnica do trabalho, que requer formação universitária de quatro anos e tem por objeto de trabalho as expressões da questão social²⁰, que são a fome, miséria, desemprego, violência e outros.

O Serviço Social busca a garantia, ampliação e efetivação dos direitos sociais através da criação de políticas sociais que assegurem a cidadania, a dignidade humana e a justiça social, numa perspectiva de proteção, promoção e inclusão do usuário, bem como de prevenção de situações que se apresentem como expressões da questão social.

Esta profissão é regulamentada por autarquias que orientam e fiscalizam o exercício profissional, defendendo os interesses da sociedade em relação aos serviços prestados. Estas autarquias são o Conselho Federal e os conselhos regionais de Serviço Social.

O Serviço Social possui um projeto ético-político profissional²¹, projeto este que é coletivo e evidencia os anseios, os sonhos, os ideais e os objetivos dos profissionais para a categoria e para a sociedade. É ético porque compõe-se de princípios valorativos que guiam as atitudes dos profissionais e direcionam o exercício profissional, já a dimensão política do projeto é evidenciada em seu posicionamento em favor da equidade e da justiça social, numa perspectiva de universalização do acesso aos bens e serviços relativos as políticas sociais públicas.

O projeto ético-político do Serviço Social atual não é hegemônico, porém tem direção e consenso da maioria dos profissionais. Este projeto constitui-se no fundamento das ações profissionais que almejam a liberdade, a justiça social, a efetivação da democracia e a superação da ordem social burguesa que distorce a evolução humana.

O projeto ético-político da profissão de Serviço Social se vincula com a perspectiva de intenção de ruptura, oriunda no processo de reconceituação da

²⁰ A questão social é um dos resultados do processo de industrialização ocorrido a partir do surgimento do capitalismo. Este processo fez com que a sociedade fosse dividida em duas novas classes sociais: a burguesia e o proletariado, a questão social advém das desigualdades entre estas duas classes.

A concepção de questão social está enraizada na contradição capital X trabalho, em outros termos, é uma categoria que tem sua especificidade definida no âmbito do modo capitalista de produção. Nós não vemos a questão social, vemos suas expressões: o desemprego, a fome, a falta de leitos em hospitais, a violência, a inadimplência, etc

²¹ Um projeto profissional é um projeto coletivo de uma categoria profissional, ele apresenta a autoimagem da profissão elegendo os valores que a legitimam socialmente, delimitando e priorizando seus objetivos e funções.

profissão, pois, a partir deste projeto, se busca efetivar, no plano das ideias e no plano da concretude (intervenção propriamente dita), o avanço teórico metodológico produzido pelo Serviço Social, num sentido de romper com o passado tradicional, conservador e alienante a nível teórico e de intervenção. Vincula-se, ainda, com um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração ou dominação de classe, etnia, gênero ou outros, afirmando desta maneira a defesa intransigente dos direitos humanos e contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade quanto no exercício profissional (Netto, 1999).

O projeto ético-político do Serviço Social se materializa nas diretrizes curriculares de 1996, lei 8.662/93 que regulamenta a profissão, no conhecimento produzido ao longo da história da profissão, em algumas práticas profissionais, na lei 8742/93 (LOAS-Lei Orgânica da Assistência Social), na qualificação da questão social e no código de ética profissional de 1993.

A partir do movimento de reconceituação da profissão, mais especificamente, a partir da perspectiva de intenção de ruptura, já especificada anteriormente, a profissão de Serviço Social pôde aprofundar o diálogo crítico e construtivo com outras diversas ciências humanas e sociais.

Pode-se afirmar, conforme Netto (1996), que o Serviço Social chegou à “maturidade acadêmica e profissional”. Acerca desta afirmação, Iamamoto (2004) aponta três dimensões constitutivas da profissão, as quais devem ser de domínio dos assistentes sociais e jamais devem ser desenvolvidas separadamente²².

A primeira dimensão apontada por Iamamoto é a dimensão ético-política, que quer dizer que o assistente social não deve ser um profissional neutro, afinal de contas a prática do assistente social se realiza no marco das relações contraditórias de poder e forças sociais da sociedade capitalista. Deve-se considerar então que quando se fica neutro perante uma situação de injustiça, automaticamente você já estará se posicionando a favor do opressor.

Com base na dimensão ético-política, se percebe que é fundamental que o profissional assistente social adote um posicionamento político frente às situações que se apresentam como expressões da questão social, objetos de sua ação profissional. É necessário que o assistente social assuma os valores ético-morais,

²² Caso as dimensões constitutivas da profissão de Serviço Social sejam desenvolvidas separadamente, corre-se o risco de cair na fragmentação e despolitização, encontradas no passado tradicional e conservador da profissão.

descritos no Código de Ética Profissional de 1993, para que possa ter clareza de qual a direção de sua prática.

A segunda dimensão apontada por Lamamoto é a dimensão teórico-metodológica. A partir desta dimensão podemos perceber que o profissional de Serviço Social deve ser qualificado para que seja capaz de realizar uma profunda análise de conjuntura ao realizar sua ação profissional, ou seja, o assistente social deve conhecer a realidade social, econômica, política e cultural com a qual atua.

Para que seja possível esta análise, faz-se necessário intenso rigor teórico metodológico, muita leitura e atualização constante, pois o profissional deverá enxergar além da situação aparente, não ficando preso apenas no problema, mas chegando até sua causa, para que possa desenvolver uma ação efetiva no que se refere à profunda transformação da realidade dos usuários.

Já a terceira e última dimensão a que Lamamoto se refere é a dimensão técnico-operativa da profissão, a qual nos ensina que o profissional deve se apropriar de um verdadeiro arsenal de técnicas de intervenção, conhecendo-as e criando novas possibilidades para desenvolver sua ação junto às instituições e a população usuária.

Percebe-se que, baseando-se nos princípios do Código de Ética Profissional, nos princípios constitucionais e nas dimensões constitutivas da profissão de Serviço Social, além das demais legislações pertinentes à profissão, quando realiza seu trabalho com seriedade e competência, o profissional de Serviço Social consegue auxiliar na transformação da vida do indivíduo.

Assim podemos afirmar que o assistente social ocupa um local privilegiado no mercado de trabalho, sendo capaz de, por meio de sua atuação, despertar no usuário novas aspirações e fazer com que ele assuma nova postura diante da vida, adotando um novo modo de viver, com dignidade, cidadania e autonomia, fazendo uso de seus direitos, desenvolvendo um senso crítico e se tornando um cidadão consciente.

3.1.3. Os Códigos de Ética Profissional do Serviço Social.

A ética profissional é o conjunto de normas de conduta que devem ser postas em prática no exercício da profissão. A ética se coloca como um questionamento

sobre o agir, uma reflexão sobre o que é preciso fazer e uma procura pelo que é bom ou justo.

A ética profissional refere-se à relação do profissional com os usuários dos serviços, com o público, com seus colegas de profissão, com as demais profissões, com a instituição em que está inserido e com a sociedade em geral. É composta por um conjunto de comportamentos, crenças e valores que fazem possível a convivência humana interpessoal.

A profissão de Serviço Social, durante o decorrer de sua história no contexto da sociedade brasileira teve cinco códigos de ética, os quais evidenciaram cada momento histórico vivenciado pela profissão:

Nas décadas de 1930 e 1940 o Serviço Social tinha um caráter conservador e assistencialista, buscando favorecer o capitalismo monopolista e o desenvolvimento industrial, através de sua atuação imediatista e acrítica.

A ação profissional era baseada nos ensinamentos da Igreja, na caridade, no doutrinário e na moral, sendo que seguia preceitos Tomistas, Neo-tomistas e positivistas. Percebemos isto no código de Ética de 1947, o qual possuía esta visão tradicional e bases ético-morais cristãs, afirmando:

“É dever do Assistente Social:

1. Cumprir os compromissos assumidos, respeitando a lei de Deus, os direitos naturais do homem, inspirando-se sempre, em todos seus atos profissionais, no bem comum e nos dispositivos de lei, tendo em mente o juramento prestado diante do testemunho de Deus [...].”

Este Código de Ética afirmava, ainda:

“DEVERES PARA COM O BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO SOCIAL.

I – É dever do Assistente Social:

1. Respeitar no beneficiário do Serviço Social a dignidade da pessoa humana, inspirando-se na caridade cristã [...].”

A concepção conservadora da profissão também estava presente nos Códigos de Ética de 1965 e 1975. O código de 1965, em meio à repressão política implantada pela ditadura, pautou-se na defesa da família, na integração das classes, mantendo o moralismo e o conservadorismo do código anterior:

“Art. 6º. O Assistente Social deve zelar pela família, grupo natural para o desenvolvimento da pessoa humana e base essencial da sociedade, defendendo a prioridade dos seus direitos e encorajando as medidas que favoreçam a sua estabilidade e integridade.

Art. 7º. Ao Assistente Social cumpre contribuir para o bem comum, esforçando-se para que o maior número de criaturas humanas dele se beneficiem, capacitando indivíduos, grupos e comunidades para sua melhor integração social.

Art. 8º. O Assistente Social deve colaborar com os poderes públicos na preservação do bem comum e dos direitos individuais, dentro dos princípios democráticos, lutando inclusive para o estabelecimento de uma ordem social justa [...].”

O Código de 1975 expressa a “perspectiva modernizadora”, que na verdade eram as diretrizes conservadoras colocadas de uma maneira diferente:

“Art. 5. – São deveres do assistente social:

[...]

II- Nas relações com o cliente:

A- Utilizar o máximo de seus esforços, zelo e capacidade profissional em favor do cliente;

B- Esclarecer o cliente quanto ao diagnóstico, prognóstico, plano e objetivos do tratamento, prestando à família ou aos responsáveis os esclarecimentos que se fizerem necessários.”

Já o Código de Ética Profissional de 1986 foi uma expressão das profundas mudanças oriundas do processo de reconceituação da profissão de Serviço Social, através de dois procedimentos: negação da base filosófica tradicional, nitidamente conservadora, que norteava a “ética da neutralidade”, e afirmação de um novo perfil do profissional, não mais um agente subalterno e apenas executivo, mas um profissional competente teórica, técnica e politicamente:

Por fim, o Código de Ética de 1993 expressou o amadurecimento da categoria profissional, assegurando a fiscalização profissional com possibilidades concretas de intervenção, definindo com maior precisão as competências e atribuições privativas do assistente social e reconhecendo formalmente o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social e os CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social.

“O Código representa a dimensão ética da profissão, tendo caráter normativo e jurídico, delinea parâmetros para o exercício profissional, define direitos e deveres dos assistentes sociais, buscando a legitimação social da profissão e a garantia da qualidade dos serviços prestados. Ele expressa a renovação e o amadurecimento teórico-político do Serviço Social e evidencia em seus princípios fundamentais o compromisso ético-político assumido pela categoria.” (CFESS, disponível em: <http://www.cressto.org.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=13> acesso em: 28/10/2013.

O Código de Ética de 1993 estabeleceu como princípios fundamentais:

- >o reconhecimento da liberdade
- >a defesa intransigente dos direitos humanos.
- >ampliação e consolidação da cidadania.
- >defesa e aprofundamento da democracia.
- >posicionamento em favor da equidade e justiça social.
- > o empenho na eliminação de toda e qualquer forma de preconceito.
- > a garantia do pluralismo e do compromisso profissional.
- > a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária.
- > a articulação com movimentos de outras categorias profissionais.
- > o compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população e com o aprimoramento intelectual.
- > o exercício do Serviço Social sem discriminar ou ser discriminado.

Este Código está em vigor até os dias atuais e se constitui como orientador das ações desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social.

3.2. RELATO SOBRE O COTIDIANO DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE FRAIBURGO/SC.

3.2.1. Instrumentais Técnico-operativos Utilizados no Cotidiano dos Assistentes Sociais que Atuam Junto à Saúde, no Município de Fraiburgo/SC.

O processo de trabalho consiste na venda do conhecimento técnico de determinada área ou ciência. No mundo capitalista, o processo de trabalho implica na troca de conhecimentos técnicos por recursos financeiros que servem para a manutenção e subsistência humana, ou seja, subsistência de quem vendeu sua força de trabalho.

Cada profissional possui suas técnicas e meios para realizar seu trabalho, o processo de trabalho do assistente social se dá através da mediação do acesso e da garantia aos bens e serviços indispensáveis para a população das classes sociais subalternizadas.

Para que a operacionalização dos processos de trabalho do assistente social se torne possível, se faz necessária a utilização de planejamento, ação, técnica e dos instrumentais técnico-operativos da profissão.

A utilização dos instrumentais técnico-operativos, na prática profissional do assistente social, é essencial, uma vez que o assistente social necessita de bases teóricas, metodológicas, técnicas e ético-políticas para o seu exercício profissional.

Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional (MARTINELLI, 1994 p. 137). A instrumentalidade da profissão de Serviço Social diz respeito à dimensão técnico-operativa da profissão, apontada pela autora Marilda Vilela lamamoto.

Guerra (2005), afirma que é a instrumentalidade é uma propriedade sócio-histórica da profissão, que possibilita o atendimento das demandas e o alcance de objetivos (profissionais e sociais), constituindo-se numa condição concreta de reconhecimento social da profissão.

A utilização dos instrumentais técnico operativos do Serviço Social, durante o período de estágio, é indispensável, pois somente através do uso destes instrumentais o graduando poderá desenvolver uma ação fundamentada que contribua para sua formação profissional. Dentre outros, durante a realização do Estágio Curricular, foram utilizados os seguintes instrumentais técnico-operativos:

> Entrevista:

É um dos meios que o Assistente Social utiliza para proceder o seu fazer profissional, que garante a aproximação entre ele e o usuário possibilitando um processo de desconstrução, construção e reconstrução da problemática vivenciada pelos usuários.

A entrevista pode ser entendida como um espaço de escuta sensível, onde o profissional utiliza de toda a sua habilidade, conhecimento e experiência para compreender a realidade do usuário, com quem está trabalhando, para que se estabeleçam vínculos que levem a identificação de possíveis objetos de intervenção.

A entrevista deve ser centralizada no usuário e é necessário que ele participe ativamente no processo, sendo que o assistente social deve assumir uma posição de mediador, de quem quer escutar e não de quem sabe tudo e tem a solução

pronta para qualquer situação. A responsabilidade do assistente social em uma entrevista é conduzi-la, favorecendo o relacionamento interpessoal e concedendo espaço para o usuário.

Uma entrevista pode ser classificada em:

Estruturada, que possui um questionário pré-estabelecido e o entrevistador não pode modificá-lo.

Não estruturada, que oferece autonomia para o entrevistador conduzir a entrevista e formular as perguntas de acordo com a situação apresentada, não há um roteiro a ser seguido.

Semi estruturada, a qual possui um questionário pré-estabelecido, porém o entrevistador tem autonomia para modificá-lo conforme a situação apresentada.

As entrevistas também se diferem entre si conforme o conteúdo e o nível de intervenção, podendo ser divididas em quatro tipos:

Entrevista de ajuda, visa capacitar o usuário para que reconheça, sinta, compreenda e decida mudar aquilo que ele mesmo já desejava profundamente, porém, sozinho, não encontrava maneiras para que fosse possível esta mudança;

Entrevista como prática de caráter reflexivo, que visa à socialização de informação, buscando levar o usuário a refletir sobre o meio em que está inserido e buscar alternativas para mudança de sua própria realidade, tendo em vista que o conhecimento, em algumas situações, é inacessível, em virtude, principalmente, da inserção que determinados seguimentos da população tem na realidade social;

Entrevista de triagem, utilizada para inserção dos usuários nos serviços, tem como objetivo verificar critérios de elegibilidade.

Entrevista de avaliação socioeconômica, que, como o próprio nome já diz, é utilizada para avaliar a situação socioeconômica do usuário ou da família atendida.

A entrevista possui cinco etapas básicas: o acolhimento, a apresentação do contexto e do problema, a identificação do objeto de intervenção profissional, o desenvolvimento e o encerramento. O espaço onde se realiza uma entrevista deve ser tranquilo, garantir privacidade e deve-se evitar qualquer interrupção.

É essencial que o usuário seja compreendido, sendo que para isso se faz necessário que o assistente social esteja disposto a questionar sua estrutura interna de referência e adotar a do usuário. A compreensão exige o uso de uma habilidade indispensável: saber ouvir.

O uso de anotações no processo de entrevista se faz necessário, sendo que não se pode confiar inteiramente apenas na memória. Precisa-se das anotações para lembrar a execução do planejamento da ação, para discutir as intervenções com o grupo de trabalho ou mesmo para supervisão, garantindo, assim, uma documentação confiável.

Alguns profissionais sentem-se mais confiantes ao realizar anotações durante a entrevista, outros preferem fazer todo o relato após a entrevista, o importante é garantir o aspecto ético e confidencial da mesma, evitando que o entrevistado se sinta inibido e não relate aspectos que poderiam ser importantíssimos na definição do objeto de intervenção ou na compreensão de sua realidade.

> Reunião:

As reuniões são espaços coletivos, que tem por objetivo estabelecer uma reflexão sobre determinado tema, pode ser realizada sempre que uma decisão precisa ser tomada e não pode ser individualmente.

Ao convocar ou ser convocado para uma reunião, deve-se saber quais temas serão abordados na e quais áreas de conhecimento se envolverão. Estabelecer a data, o local e o horário. Lembrando que a reunião deve ser realizada em um local onde não haja interrupções e nem barulho externo.

É necessário que você saiba sobre o assunto, para isso deve-se pesquisar antes, buscar entender as peculiaridades do que será tratado na reunião. Estando bem preparado, você passara segurança quando falar sobre o assunto.

Também se deve prestar atenção quando os outros estiverem falando, respeitando a opinião dos colegas e, caso não concorde, contradizendo-o de maneira polida e educada.

É importante ao participar de uma reunião sempre portar um bloquinho de anotações, onde se escreve tudo o que julgar importante, também se deve adotar uma postura discreta e de comprometimento, olhando para quem fala e evitando tirar a atenção dos demais participantes.

Uma dica pra quem vai participar de uma reunião é que chegue pelo menos com 5 minutos de antecedência e que sempre seja objetivo quando for falar.

As reuniões são frequentes no Serviço social, assuntos como a operacionalização de um projeto, de um plano, que rumos tomar, a organização de uma conferência e outros, são tratados em reuniões interdisciplinares.

O Assistente Social não trabalha sozinho, e o grupo tem sempre que sentar para planejar e avaliar os trabalhos. O próprio trabalho de atendimento a família deve contar com a presença do assistente social e do psicólogo do CRAS, pois se trabalha de maneira interdisciplinar.

A reunião pode ser classificada de três formas:

- * informativa: apresentar ideias, informações, deve ser no menor tempo possível.

- * consultiva: reunir e solicitar conselhos, sugestões.

- * participativa: tomar decisões, analisar fatos.

A principal reunião quando se fala de CRAS é a audiência concentrada, que se caracteriza como reunião participativa e acontece mensalmente, reunindo os responsáveis por toda a rede de serviços existentes no município: saúde, educação, assistência social, habitação e outros. Nesta reunião são tratados assuntos que determinam os rumos que o município deve tomar frente a certos casos e acontecimentos, além de avaliar os trabalhos de toda a rede durante o último período anterior à reunião.

> Estudo Social:

Processo metodológico específico do Serviço Social que tem por finalidade conhecer profundamente e de forma crítica uma determinada situação, realidade ou expressão da questão social. O estudo social é realizado in loco e consiste numa investigação sistemática na qual se coleta dados sobre determinada situação, sendo que, a partir dele, o assistente social emitirá seu parecer profissional, através da interpretação dos dados coletados e de referencial teórico exigido para tal.

O estudo social é realizado a partir de um instrumental definido pelo assistente social, para cada caso particular. A razão de se construir um estudo social varia conforme cada caso. Os objetivos e finalidades do estudo social se reportam, primeiramente, ao projeto ético político e teórico metodológico da profissão e, secundariamente, a natureza e aos determinantes institucionais, pois o profissional

deve lembrar que faz parte de uma categoria profissional, ou seja, primeiramente é assistente social, secundariamente faz parte da instituição.

Para a construção de um estudo social, o profissional se utiliza de vários outros instrumentais como, por exemplo, a visita domiciliar, a observação, a entrevista, a pesquisa documental e bibliográfica, entre outros.

Na elaboração de um estudo social se deve observar o objetivo pelo qual ele foi solicitado, organizando-o dentro do teor exigido pelo requerente. O estudo social deve conter os aspectos mais pertinentes da análise, facilitando a visualização dos dados que darão sustentação para o parecer.

A partir do estudo social, se constrói uma verdade a respeito da população usuária dos serviços assistenciais, sendo que o estudo social contribui para a definição do futuro de crianças, adolescentes, idosos e de famílias, à medida que é utilizado como um dos subsídios para decisão acerca da concessão ou não de benefícios, inclusão ou não nos programas sociais ou, mesmo, como prova para embasar decisões judiciais.

> Observação:

Consiste em usar a sensibilidade para perceber as subjetividades humanas. A observação é o ato de aplicar atentamente os sentidos a um objeto, para que dele seja adquirido um conhecimento claro e preciso.

A observação é o ponto de partida para todo o procedimento científico no estudo de problemas, fenômenos e fatos. Trata-se da capacidade de articular o dizível com o indizível, viabilizando assim um olhar atento, cuidadoso, ético, comprometido e acolhedor.

Observar não é simplesmente olhar, mas, sim, destacar de um conjunto, algo específico, prestando atenção em suas peculiaridades e particularidades, indo além do que está explícito a primeira vista.

Ao observar, individualiza-se ou agrupam-se fenômenos, dentro da realidade que é indivisível, para que, assim, seja possível descobrir aspectos aparentiais e mais profundos, até captar sua essência numa perspectiva específica e ampla, formada ao mesmo tempo por contradições, dinamismo, relações e outros.

Existem dois tipos de observação: sistemática (mais utilizada em fórum), que é planejada, estruturada e controlada, levando em consideração objetivos e

propósitos definidos; livre/assistemática: não estruturada, sem controle anteriormente elaborado e sem instrumental pré estabelecido. No CRAS o tipo de observação mais utilizado é a livre.

> Abordagem/Acolhida:

Os assistente sociais são os profissionais que mais se aproximam da vida e da realidade dos usuários, os quais, geralmente, são invisíveis para a sociedade capitalista, pois não possuem grande poder aquisitivo, não são grandes consumidores e, muitas vezes, não possuem sequer capacidade laborativa.

Neste sentido, a abordagem é essencial no processo de trabalho do assistente social, pois marca, decisivamente, o desenrolar de todo o conjunto de ações pelo que consegue expressar, sobretudo no seu início. Diz respeito a como estabelecer um dialogo com a pessoa que já vem rotulada e marcada pelo abandono e pela vida “as margens” da sociedade. Portanto, o assistente social necessita ser humilde e jamais autoritário. Necessita ser maleável, valorizando o usuário, e levando sempre em consideração o fato de que ele é um individuo dotado de direitos e não um “coitado”, adotando-se uma postura de igual para igual.

A abordagem esta diretamente ligada a como se constrói a aproximação do profissional com o usuário. A abordagem exige acolhimento, escuta, respeito e sensibilidade.

Enquanto instrumental técnico operativo, a abordagem pode ser caracterizada como estratégia de aproximação e de fortalecimento de vínculos entre o profissional e o usuário, a partir dela se estabelece um contrato entre ambos para que seja desenvolvido todo o trabalho de intervenção do assistente social. Seu objetivo é identificar as necessidades apresentadas pelas famílias e pelos indivíduos, identificar as potencialidades existentes e perceber se realmente se constitui em situação que deve ser atendida pelos serviços.

> Visita Domiciliar:

Prática profissional investigativa de aproximação da realidade do usuário, realizada pelo profissional, junto ao individuo em seu próprio meio social ou familiar, permite observar *in loco* o que foi relatado em entrevista, na instituição.

Este Instrumental possibilita conhecer e acompanhar o desenvolvimento do sujeito social, permitindo uma maior aproximação da realidade nua e crua do usuário e mostrando como ele realmente vive.

O objetivo da entrevista é conhecer e analisar as condições e modos de vida dos usuários e aprender aspectos do cotidiano de suas relações. A visita domiciliar aproxima a instituição com a realidade sócio econômica do sujeito social e permite ao profissional o maior número de possibilidades para entrar verdadeiramente na vida do usuário.

Durante a realização de uma visita domiciliar, outros instrumentais técnico-operativos se fazem presentes, como por exemplo: observação, entrevista, abordagem e outros.

Em visita domiciliar é importante que o profissional utilize uma linguagem informal, conforme a do usuário, estabelecendo um diálogo tranquilo e aberto. Também se deve respeitar a privacidade do usuário e não ser autoritário, tendo em vista que ele é um sujeito dotado de direitos e o profissional não está ali para controlá-lo ou manipulá-lo.

Após a realização da visita, o profissional deve fazer um relato, que inclui dados como composição familiar, situação de moradia, situação econômica, redes de apoio, organização familiar, renda e outros.

> Análise de Conjuntura:

É uma leitura crítica, especial e profunda da realidade, que se faz sempre em função de uma finalidade, procurando desvendar o real, penetrando nas suas tramas constitutivas, identificando relações de força que aí se processam e identificando o fundamento crítico dessas relações.

É a montagem de um retrato dinâmico da realidade social, que tem por objetivo aprofundar o conhecimento sob determinada situação ou processo social, subsidiando alternativas e estratégias visando à transformação daquela realidade.

Existem dois modos de se fazer uma análise de conjuntura: do ponto de vista do poder dominante e do ponto de vista dos movimentos populares das classes subordinadas.

Uma análise de conjuntura deve ir além das aparências, aprofundando-se e buscando a essência do real, é essencial para a atuação profissional, uma vez que

se deve fundamentar a intervenção em princípios sólidos e consistentes e, através da análise de conjuntura, se é possível identificar as causas das situações atendidas, que se caracterizam como expressões da questão social.

3.2.2. Entrevista com os Profissionais de Serviço Social da Secretaria de Saúde do Município de Fraiburgo/Sc.

Para melhor compreender a atuação do Serviço Social junto ao SUS – Sistema Único de Saúde, especificamente no município de Fraiburgo/SC, foram realizados vários contatos via telefone e via e-mail. Além disso, foi realizada visita institucional, sendo que nesta visita, realizada no início do mês de novembro de 2015, foi possível visualizar e compreender melhor a estrutura disponível no município para atendimento às demandas de Saúde.

Durante a visita, onde fomos recebidos pela gestora municipal da Política de Saúde, explicitamos aspectos referentes à pesquisa e aos objetivos do projeto. Além disso, por meio de um diálogo mais informal, foi acertada como seria a realização da pesquisa de campo.

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário composto por dez questões abertas e discursivas. A entrevista foi realizada com todos os profissionais de Serviço Social que atuam junto à Secretaria Municipal de Saúde e com a Secretária Municipal de Saúde.

Na sequência visualizaremos a pesquisa realizada junto aos assistentes sociais envolvidos com a Política Pública de Saúde do Município de Fraiburgo/SC:

3.2.2.1. Entrevista Realizada com a Assistente Social que Atua junto ao CAPS:

1. Qual sua concepção sobre a profissão de serviço social?

R: “O Serviço Social é uma profissão que está inserida no âmbito das relações dos sujeitos e instituições nos diversos contextos sociohistóricos. Desenvolve uma prática social e um conjunto de ações de natureza socioeducativa, que implicam diretamente na reprodução material e social da vida dos sujeitos, com o objetivo de uma transformação social. Esta prática deve estar comprometida com a democracia, com o enfrentamento das desigualdades sociais e empoderamento desses sujeitos” (sic).

2. Qual o significado da atuação do Serviço Social junto ao Sistema Único de Saúde - SUS?

R: “Partindo do pressuposto de que o processo de saúde/adoecimento engloba diferentes fatores, o seu enfrentamento não deve se resumir apenas a uma política. Por isso, a importância de se entender que embora a intersetorialidade e integralidade sejam concepções que têm sua origem na saúde, sendo diretrizes do SUS, é fundamental que sejam princípios adotados por outras áreas das políticas sociais, devendo o Serviço Social considerá-los em sua atuação na Saúde Mental.

É neste sentido que o significado do trabalho do assistente social, neste contexto deve estar direcionado para buscar estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo sujeito na sua integralidade, bem como dos serviços que são possíveis de serem acessados, para que possamos promover o empoderamento dos sujeitos e seus familiares” (sic).

3. Sob seu ponto de vista, qual a contribuição da profissão de serviço social no SUS, especificamente na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “Especificamente no CAPS, o Serviço Social atua na reabilitação psicossocial dos pacientes com transtorno mentais severos e /ou persistente decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas através de oficina e orientações grupais e individuais que possibilitem o desenvolvimento da autonomia, cidadania, inclusão e convívio social. Tem um papel fundamental na orientação dos direitos sociais para os pacientes e seus familiares e na socialização de informações sobre doença mental X saúde mental com o enfoque na redução do o estigma da loucura existente na sociedade” (sic).

4. Quais os serviços oferecidos por meio do SUS, na secretaria municipal de saúde de Fraiburgo, nos quais estão inseridos assistentes sociais?

R: “Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e CAPS I” (sic).

5. Quais as competências e atribuições dos assistentes sociais junto ao SUS, no município de Fraiburgo? Como se dá a atuação dos assistentes sociais junto à Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC? Existe um protocolo? Quais as

principais atividades realizadas pelos assistentes sociais que atuam junto à secretaria municipal de saúde do município de Fraiburgo?8. Quais os instrumentais técnico-operativos da profissão de serviço social utilizados em seu fazer profissional?

R: “Orientação aos profissionais da saúde, coordenação de grupos de pacientes, atendimentos individuais e orientações às famílias com o enfoque na cidadania, reconhecimento da liberdade, direitos humanos, democracia, equidade e justiça social e empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

No CAPS temos um Projeto Terapêutico do serviço que define as práticas cotidianas.

No que se refere ao instrumental técnico operativo utilizamos: visitas domiciliares, entrevistas, observação, reunião, grupos, relatórios, estudos sociais, encaminhamentos” (sic).

9. Quais as principais demandas dirigidas ao Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “No CAPS I a demanda são pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas e seus familiares” (sic).

10. Quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas atividades laborativas?

R: “Atualmente não possuo dificuldades para o desenvolvimento das minhas atividades, a Gestão é acessível, temos um ambiente adequado para o trabalho e recursos materiais disponíveis” (sic)

3.2.2.2. Entrevista Realizada com as Assistentes Sociais que Atua junto ao Setor de Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo:

1. Qual sua concepção sobre a profissão de serviço social?

R: “Serviço social como profissão, tem em sua essência, o planejamento e execução de políticas públicas e programas sociais, voltados para o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade, ou seja, tende a amenizar questões relacionadas á exclusão social. Na atualidade assume nova roupagem em

decorrer do processo histórico que redimensiona a profissão e aprofunda suas contradições” (sic).

2. Qual o significado da atuação do Serviço Social junto ao Sistema Único de Saúde – SUS?

R: “Por ser uma profissão que nasceu no meio de conflitos históricos, com o decorrer do tempo, as práticas profissionais vem sofrendo influência do contexto político, econômico e social de cada época. Conseqüentemente, os Assistente Sociais são requisitados através da figura do Estado para responder as questões sociais via políticas públicas” (sic).

3. Sob seu ponto de vista, qual a contribuição da profissão de serviço social no SUS, especificamente na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “Em sua formação acadêmica o profissional Assistente social, incorpora um saber que possibilita ao mesmo, a compreensão e interpretação do aspecto social econômico e familiar do seu público-alvo. Este saber, o diferencia dos outros profissionais que trabalham na área da saúde, e faz com que o mesmo estabeleça uma relação entre o processo saúde/doença, daí a sua visão diferenciada das necessidades imediatas do usuário do sistema único de saúde” (sic).

4. Quais os serviços oferecidos por meio do SUS, na secretaria municipal de saúde de Fraiburgo, nos quais estão inseridos assistentes sociais?

R: “Encaminhamentos diversos para especialidades que não são disponibilizados no município, Media e Alta Complexidade; viabilização de cirurgias eletivas nas diversas especialidades, exames de media complexidade e alto custo, TFD, NASF, CAPS” (sic).

5. Quais as competências e atribuições dos assistentes sociais junto ao SUS, no município de Fraiburgo?

R: “A área da saúde historicamente é o setor que mais avançou em termos de democratização, ampliação de direitos constitucionalmente adquiridos. Conseqüentemente, o profissional que atua nesta área, precisou redirecionar seu foco de atuação, considerando a questão social como objeto de intervenção e analisando o contexto na perspectiva dos determinantes sociais. Ou seja, os direitos

são preconizados para todos, mas, a capacidade de atendimento está condicionada á disponibilidade financeira, e uma série de outros fatores, que não são da compreensão dos usuários.

Ao mesmo tempo em que estão constituídos não são aplicáveis na prática, como é o caso da universalidade, integralidade da atenção. Na secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo são oferecidos serviços de atendimento individual, agendamentos diversos, estudos sociais, encaminhamentos diversos para outras especialidades que não estão disponibilizadas nas unidades básicas de saúde, visitas domiciliares, trabalho multi – profissional com os demais profissionais lotados na Secretaria” (sic).

6. Como se dá a atuação dos assistentes sociais junto à Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC? Existe um protocolo?

R: “Formalmente a secretaria Municipal de Saúde não possui protocolo de atendimento na área do Serviço Social, mas, as ações desenvolvidas, são planejadas juntamente com a secretária Municipal de Saúde, em consolidação com a disponibilidade financeira” (sic).

7. Quais as principais atividades realizadas pelos assistentes sociais que atuam junto à secretaria municipal de saúde do município de Fraiburgo?

R: “Já respondida na questão quatro” (sic).

8. Quais os instrumentais técnico-operativos da profissão de serviço social utilizados em seu fazer profissional?

R: Entrevista individuais, visitas domiciliares, estudos de caso, ações conjuntas com equipe multiprofissional, atendimento individualizado” (sic).

9. Quais as principais demandas dirigidas ao Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “Os usuários do Sistema Único de saúde de todas as unidades básicas de Saúde, famílias em situação de risco, demandas dos demais órgãos públicos e privados do município” (sic).

10. Quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas atividades laborativas?

R: “A falta de compreensão dos usuários em relação às atribuições e competências do poder público em relação aos direitos constitucionais, falta de comprometimento do usuário quanto aos recursos disponibilizados para o seu atendimento, demanda maior que os recursos financeiros disponíveis, falta de prestadores nas diversas especialidades, principalmente procedimentos cirúrgicos urgentes ou não” (sic).

3.2.2.3. Entrevista Realizada com a Assistente Social que Atua junto a Unidade Básica de Saúde do Bairro São Miguel:

1. Qual sua concepção sobre a profissão de serviço social?

R: “O Serviço Social é uma profissão que se insere no âmbito das relações entre os sujeitos sociais e estes e o Estado e desenvolve sua práxis em uma perspectiva de transformação social, através de uma leitura crítica e reflexiva que possibilite compreender as contradições e os interesses inerentes a formulação e execução das políticas, programas e projetos sociais na defesa e na conquista dos direitos humanos e da justiça social” (sic).

2. Qual o significado da atuação do Serviço Social junto ao Sistema Único de Saúde – SUS?

R: “O Assistente Social se insere no processo de trabalho de saúde como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e as demais políticas de saúde e sociais para assegurar e garantir a integralidade das ações aos seus usuários” (sic).

3. Sob seu ponto de vista, qual a contribuição da profissão de serviço social no SUS, especificamente na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “As ações de Serviço Social se situam como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social, propiciando maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

O Serviço Social é desenvolvido de forma interdisciplinar e integrada com as demais equipes, para prestar apoio no trato da questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas na área da saúde” (sic).

4. Quais os serviços oferecidos por meio do SUS, na secretaria municipal de saúde de Fraiburgo, nos quais estão inseridos assistentes sociais?

R: “Plantão Social, Tratamento fora de Domicílio, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e CAPS” (sic).

5. Quais as competências e atribuições dos assistentes sociais junto ao SUS, no município de Fraiburgo?

“Os Assistentes Sociais que trabalham junto ao SUS buscam no desenvolvimento de seu trabalho efetivar o direito social à saúde através da prestação de serviços diretos aos usuários, bem como, no planejamento e assessoria. Ainda, facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde” (sic).

6. Como se dá a atuação dos assistentes sociais junto à Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC? Existe um protocolo?

“Não existe protocolo e a atuação dos assistentes sociais é conforme a demanda da comunidade em geral e encaminhamentos diversos de outros profissionais da saúde” (sic).

7. Quais as principais atividades realizadas pelos assistentes sociais que atuam junto à secretaria municipal de saúde do município de Fraiburgo?

“São desenvolvidas ações de caráter emergencial que são voltadas para agilização de consultas, exames e outros que não são atendidos pelo município e que não podem ser aguardados por encaminhamento de TFD, educação e informação em saúde que consistem em orientações e abordagens individuais e/ou grupais, bem como, planejamento e assessoria” (sic).

8. Quais os instrumentais técnico-operativos da profissão de serviço social utilizados em seu fazer profissional?

R: “Entrevistas/ Estudo Social/Visitas Domiciliares/Atendimento Individuais e/ou Grupais/Reuniões/Documentação e Relatórios” (sic).

9. Quais as principais demandas dirigidas ao Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Fraiburgo/SC?

R: “Consultas Especializadas/ Exames/ Medicamentos/Violência e negligencia no tratamento de crianças, idosos, onde nestes casos contamos com a parceria da rede de proteção social (CREAS/CRAS/CT) dentre outros. Ainda, realizamos ações de forma interdisciplinar junto às equipes de ESF. Estas demandas são provenientes de usuários de SUS” (sic).

10. Quais as principais dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas atividades laborativas?

R: “Podemos citar como dificuldade no desenvolvimento das atividades laborativas dos assistentes sociais e demais profissionais da Saúde a insuficiência de repasse de recursos financeiros do Governo federal e Estadual, ficando sob a responsabilidade do município de arcar com os custos de muitos programas e ações para atender as demandas dos usuários que procuram os serviços de saúde. Ainda, a dificuldade de entendimento por parte dos usuários de que o compromisso do município é com a Atenção Básica de Saúde e não média e alta complexidade” (sic).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social Brasileiro, em sua gênese, possuía uma prática assistencialista, burocratizada e paliativa, baseada em conceitos oriundos das escolas de Serviço Social europeias e, posteriormente, norte-americanas. Estes conceitos tinham como base o tomismo, o neotomismo e o positivismo.

O Serviço Social era tido como uma forma de controlar a população e evitar revoluções, possuindo um caráter conservador e tradicionalista. Caráter este que acompanhou a profissão até meados da década de 1960, quando fortes questionamentos foram levantados por parte dos profissionais de Serviço Social, iniciando, neste momento, o Movimento de Reconceituação da profissão de Serviço Social.

Este movimento deu novos rumos à profissão, amadureceu em meio à ditadura militar instaurada no Brasil no ano de 1964, e foi concretizado na década de 1980, quando se iniciou a abertura democrática no país.

A partir do Movimento de Reconceituação originaram-se três perspectivas. A primeira, que ficou conhecida como Modernizadora, buscava adequar a profissão enquanto instrumento de intervenção, conforme exigências dos processos sociopolíticos emergentes do golpe militar de 1964.

A segunda retomava aspectos encontrados na gênese da profissão de Serviço Social no Brasil, recuperando os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, por isso ficou conhecida como Reatualização do Conservadorismo.

Já a terceira perspectiva tinha uma proposta inovadora: pretendia romper com o conservadorismo de forma verdadeira, por isso ficou conhecida como Intenção de Ruptura. Com base em teorias marxistas e marxianas, esta perspectiva buscava assumir uma nova postura diante das expressões da questão social, buscava efetividade na garantia de direitos e negava o Serviço Social conservador.

A Intenção de Ruptura ganhou força na década de 1980, com a abertura democrática no país, contribuindo para a formação do novo Projeto Ético Político da profissão de Serviço Social e trazendo enormes avanços para esta profissão, a qual deixou o caráter conservador e assumiu um caráter interventivo, crítico e sóciotransformador.

Este novo Projeto Ético Político, construído a partir da Intenção de Ruptura, propiciou que a profissão de Serviço Social chegasse, conforme afirma Netto (1996), ao que podemos chamar de “maturidade acadêmica e profissional”. Maturidade esta, que não foi alcançada da noite para o dia, mas que é resultado de um amplo debate e de intensas transformações que aconteceram no decorrer da história da profissão.

O Serviço Social na contemporaneidade, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, está fundamentado em seu Projeto Ético Político. Este projeto, por sua vez, se materializa em diversos elementos que também dão sustentação para a profissão, sendo eles:

- > As diretrizes curriculares de 1996, que estabelecem as diretrizes gerais para o curso de serviço social;

- > A lei 8.662/1993, que regulamenta a profissão;

- > O conhecimento produzido ao longo da história da profissão;

- > Algumas práticas profissionais munidas de criticidade;

- > A qualificação da questão social, a qual é um dos resultados do processo de industrialização ocorrido a partir do surgimento do capitalismo. Processo este que fez com que a sociedade fosse dividida em duas novas classes sociais, os capitalistas e os trabalhadores, tendo como resultado a questão social, que se trata das desigualdades entre estas duas classes;

- > O código de ética profissional de 1993, que expressou o amadurecimento da categoria profissional, assegurando a fiscalização profissional com possibilidades concretas de intervenção, definindo com maior precisão as competências e atribuições privativas do assistente social e reconhecendo formalmente o CFESS – Conselho Federal de Serviço Social e os CRESS – Conselhos Regionais de Serviço Social;

- > As dimensões constitutivas da profissão, que jamais podem ser consideradas separadamente, visto que se completam e possibilitam ao assistente social uma prática verdadeiramente transformadora.

A dimensão teórico-metodológica diz respeito à qualificação do profissional assistente social, ou seja, diz respeito à necessidade deste profissional conhecer a realidade social, econômica, política e cultural com a qual atua. Esta dimensão aponta para a necessidade de o profissional assistente social aprofundar-se na

realidade objeto de sua intervenção, visualizando além da situação apresentada e chegando até a raiz das problemáticas com as quais intervém.

A dimensão ético-política diz respeito ao profissional assistente social adotar um posicionamento político frente às situações com quais irá trabalhar, jamais sendo neutro. Ao adotar este posicionamento político, o profissional deve considerar os valores ético-morais, descritos no Código de Ética Profissional de 1993, pois somente assim terá clareza em sua ação profissional.

Já a dimensão técnico-operativa se refere à ação propriamente dita, esta dimensão afirma que o profissional deve se apropriar de um verdadeiro arsenal de técnicas de intervenção. Estas técnicas, chamadas de Instrumentais Técnico-operativos da Profissão de Serviço Social, são baseadas nas outras duas dimensões e é a partir delas que o assistente social desenvolve seu trabalho.

O assistente social, na atualidade, possui um lugar privilegiado no mercado de trabalho, visto que desenvolve suas ações diretamente com a população vulnerabilizada e subalternizada e, por meio de sua atuação profissional, pode auxiliar estes indivíduos na busca por melhores condições de vida, instigando-os a assumir nova postura diante da vida.

A ação do profissional de Serviço Social pode modificar realidades, porém para que essa mudança seja possível, precisamos nos munir de conhecimento para atender de forma adequada e qualificada a todas as demandas existentes. Faz-se necessário ter domínio das dimensões que, conforme citamos anteriormente, são constitutivas da profissão de serviço Social, além de conhecer as legislações pertinentes ao exercício profissional e possuir domínio dos instrumentais técnico-operativos da profissão.

O assistente social possui um leque bastante diversificado de campos de intervenção, porém o mais expressivo é o das políticas sociais públicas. A Política de Saúde, constitui-se num amplo campo de trabalho para os assistentes sociais, sendo que, anexadas a ela por meio de diversos programas²³, encontram-se diversas outras políticas, como por exemplo, a Política do Idoso, a Política da Criança e do Adolescente, entre outras. O assistente social trabalha na formulação,

²³ Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente, etc.

implantação, implementação e avaliação de planos, programas e projetos relativos a estas políticas.

Assim como a profissão de Serviço Social, as políticas sociais públicas passaram por intensas e profundas transformações durante o decorrer dos séculos. Concomitante aos avanços percebidos na profissão de Serviço Social, a partir do movimento de reconceituação, podemos identificar grandes avanços no que se refere às políticas sociais públicas.

Estes avanços iniciaram com intensos debates e lutas da classe trabalhadora em prol de seus direitos, processo que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que foi a promessa de afirmação e ampliação dos direitos sociais no nosso país. A Constituição garantiu, por exemplo, a Seguridade Social com status de política pública, tendo reservado um capítulo específico para esta política, a qual é fundamentada em um tripé formado pelas políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, cada política vem sendo estruturada e organizada, com a finalidade de alcançar efetividade nas ações desenvolvidas. A profissão de Serviço Social tem participado ativamente em todo esse processo.

A Política de Saúde, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, deixou de ser uma política a qual nem todos possuíam acesso. A Constituição Federal de 1988 definiu a Saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir de então inúmeros programas, projetos e ações vêm sendo criados com a finalidade de efetivar este direito, sendo que se busca alcançar os princípios e objetivos descritos na Constituição.

A Saúde teve sua Lei Orgânica, a Lei 8.080, sancionada no ano de 1990, a qual ficou conhecida como LOS – Lei Orgânica da Saúde. Essa Política foi organizada na forma de um sistema único, o SUS – Sistema Único de Saúde, o qual vem sendo reorganizado frequentemente para melhor atender as demandas apresentadas pela sociedade.

O SUS possui diretrizes e princípios básicos que norteiam a atuação dos profissionais que atuam na área da saúde e visam garantir que serviços de qualidade sejam oferecidos para a população. Estes princípios e diretrizes são especificados na Constituição Federal de 1988 (descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, Legalidade, Impessoalidade, Moralidade,

Publicidade e Eficiência) e nas demais legislações editadas sobre a Política Pública de Saúde (Universalidade, Equidade, Integralidade, Resolubilidade, Participação Popular/Controle Social, Regionalização e Hierarquização e Descentralização).

A atenção em saúde, no âmbito do SUS está organizada em níveis de complexidade: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade. O Serviço Social está presente em cada nível de atenção e a pesquisa realizada objetivou identificar as formas de intervenção do Serviço Social na Política Pública de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando como referencia cada nível de atenção em saúde e a atuação de assistentes sociais no município de Fraiburgo/SC.

Através da presente pesquisa pôde-se obter uma visão ampla sobre a atuação do profissional assistente social junto a Política Pública de Saúde, suas atribuições e competências e a técnica utilizada no desenrolar dos trabalhos com os indivíduos e grupos sociais

A entrevista realizada é resultado da sondagem do exercício profissional dos assistentes sociais junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fraiburgo/SC, onde foram elencadas questões que pudessem retratar como se dá o cotidiano desses profissionais junto a Política Pública de Saúde, especificamente junto ao Sistema Único de Saúde- SUS.

Percebemos resultados impactantes, pois por meio da entrevista foi possível demonstrar o nível de comprometimento profissional dos assistentes sociais com a garantia dos direitos sociais para a população, principalmente às camadas subalternizadas, considerando suas condições sociais e econômicas.

Ao questionar sobre a concepção da profissão de Serviço Social, podemos perceber assistentes sociais com vasta fundamentação teórica e domínio sobre a profissão que exercem, que atuam visando a real diminuição das vulnerabilidades sociais encontradas naquelas famílias e indivíduos atendidos nos setores onde desenvolvem sua prática profissional. Prática essa que de fato materializa o Projeto Ético Político do Serviço Social em toda a sua dimensão.

Visualizou-se explicitamente as dimensões constitutivas da profissão de Serviço Social no fazer profissional dos assistentes sociais que atuam no município de Fraiburgo/SC. Foi possível perceber, também o comprometimento desses profissionais em não apenas realizar uma pratica mecanizada, mas sim mergulhar profundamente na realidade do individuo objetivando modifica-la e auxiliar para que

esse indivíduo assuma nova postura diante da vida, tornando-se autônomo e autor de sua história. Percebe-se esse comprometimento na fala de uma das entrevistadas quando afirma que “o significado do trabalho do assistente social [...] deve estar direcionado para buscar estratégias que ultrapassem a atuação institucional, de forma a conhecer a realidade enfrentada pelo sujeito na sua integralidade” (sic).

Em dado momento uma das entrevistadas expressou a necessidade da presença do Serviço Social na Política Pública de Saúde ao afirmar que “O Assistente Social se insere no processo de trabalho de saúde como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e as demais políticas de saúde e sociais para assegurar e garantir a integralidade das ações aos seus usuários” (sic), nesse sentido, podemos compreender que a prática profissional dos assistentes sociais é de significativa relevância para os usuários, pois auxilia na articulação entre os diversos serviços e políticas, possibilitando acesso integral da população à Política Pública de Saúde e às demais políticas públicas.

Outra entrevistada complementou a afirmação sobre a necessidade e a importante contribuição da profissão de Serviços Social no campo da Saúde aduzindo que: “em sua formação acadêmica o profissional Assistente social, incorpora um saber que possibilita ao mesmo, a compreensão e interpretação do aspecto social econômico e familiar do seu público-alvo” (sic).

Por meio da presente pesquisa, da entrevista e das visitas institucionais realizadas à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fraiburgo/SC, foi possível perceber que o Serviço Social se insere nos diversos níveis de atenção à saúde que compõe o Sistema Único de Saúde – SUS, desde a atenção básica até a atenção terciária (alta complexidade).

A presença do Serviço Social na Política Pública de Saúde incide intimamente na efetividade de um princípio fundamental da política em tela: o da equidade, pois é este profissional que, no uso dos instrumentais técnico operativos da profissão, realiza um estudo aprofundado de cada situação que lhe é apresentada como demanda. Por meio desse estudo, é possível fazer uso da equidade, haja vista que a Saúde é direito de todos, mas nesse contexto, o assistente social consegue identificar “quem precisa mais”, organizando as demandas e agilizando serviços, tratando igualmente os iguais, na medida de sua igualdade, e desigualmente os

desiguais, na medida de sua desigualdade e, por fim, igualando e diferenciando os cidadãos conforme suas necessidades específicas.

A intervenção do profissional assistente social junto aos demais profissionais que compõe as equipes de saúde, auxilia na materialização do SUS – Sistema Único de Saúde e na garantia de uma política efetivamente universal e resolutive.

Através da intervenção do assistente social, pode-se identificar intensas mudanças no dia-a-dia das famílias atendidas, pois este profissional faz uma leitura crítica da realidade social, identificando onde estão os focos em que a vulnerabilidade social está presente, onde aparecem as expressões da questão social.

Por fim, através de um trabalho conjunto com os demais profissionais, o assistente social busca a superação destas expressões, auxiliando os usuários na recuperação dos agravos da saúde, na manutenção de uma condição de vida saudável e no resgate de sua dignidade humana e de sua autonomia.

Ao fim deste trabalho, deixamos sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para que fosse possível esta construção, afinal de contas, o processo de formação acadêmico profissional não é solitário, depende de diversos indivíduos que se envolvem e contribuem para o sucesso do estudante. Professores, profissionais, usuários, familiares, amigos, entre outros, muito obrigado!

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luana Maria de. A reconfiguração das políticas sociais no neoliberalismo. *In Revista de Iniciação Científica da FFC*, v. 9, n. 1, p. 93-103, 2009. Marília - SP, 2009.

Baruffi, H., Cimadom, A. **Metodologia Científica e a Ciência do Direito: Roteiro Básico** para a elaboração de trabalhos acadêmicos e monografia jurídica. Dourados MS. 1ª ed. HBedit, 1997.

BACKES, Marli Terezinha Stein. et al. **Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História Sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico**. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>> acesso em: 22/04/2015.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo.Veras.2000

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 67/10 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 01 a 06/94. Brasília. Subsecretaria de Edições Técnicas. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília : CONASS, 2007. 248 p.

_____. Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm> acesso em 14/06/2015.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em: 15/06/2015.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> acesso em: 15/06/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Volume 1 - Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html> acesso em 04/12/2015.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html> acesso em 04/12/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais** : RENAME 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 230 p.

BULLA, Leonia Capaverde. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. *In* : **Revista Virtual Textos & Contextos**. Vol. 02, Nº 01, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/947/727>> acesso em 15/06/2015.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. Disponível em: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/Carvalho%20%20Buss%20PDeterminantes%20Sociais.pdf> acesso em: 22/04/2015.

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

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social. **Código De Ética Do Assistente Social**. 1993.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Saúde**: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> acesso em 15/06/2015.

Cronologia Histórica da Saúde Pública: Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>> acesso em: 14/06/2015.

DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania**. Campinas - São Paulo. Papirus. 1994.

Do Sanitarismo à Municipalização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>> acesso em: 14/06/2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é Política Social**. 5ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista**. 12ª ed. São Paulo. Cortez. 2009

Fraiburgo. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Fraiburgo>> acesso em 20/07/2015.

Fraiburgo. Disponível em: < <http://www.hotelrenar.com.br/fraiburgo.php>> acesso em: 20/07/2015

Fraiburgo. Disponível em: <<http://www.fraiburgo.sc.gov.br> > acesso em 04/12/2015.

FRAIBURGO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fraiburgo/2014-2017**: Fraiburgo/SC, 2013.

FRAIBURGO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Perfil Epidemiológico de Fraiburgo/2013**: Fraiburgo/SC, 2014.

Fundo Nacional de Saúde: Definição de Blocos. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf;jsessionid=08CABBF19DCD4032D897D7D8DC9DE776.server-portal-fns-srvjpdf34?coMenu=17>> acesso em 04/12/2015

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

GUIMARÃES, Ana Carolina Pinto Caram. O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Orçamentárias: A Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 106. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12181&revista_caderno=9>. Acesso em: 15/06/2015.

História da Saúde Pública no Brasil. Disponível em: <<https://www.facebook.com/notes/chiquinho-da-educacao/historia-da-saude-publica-no-brasil/387592287959720>> acesso em: 14/06/2015.

Histórico da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude/>> acesso em: 16/06/2015.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 16º Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

JORNAL DO SENADO – ESPECIAL. Brasília (DF): Agencia Senado, 6 a 12 de outubro de 2008. Ano XIV - Nº 2.896/192.

LAKATOS, E; MARCONI, P.C. **Metodologia da Pesquisa:** abordagem teórico – prático. 4 ed. Campinas, SP: Papyrus. 2001.

LOPES, Gentila Porto. **Glória de Pioneiros:** Vale do Rio do Peixe 1930-1984. 2ª ed. Curitiba, PR: Gráfica Vicentina LTDA. 1989.

MAFFESSIONI, Adriano L. **Saúde Pública e Epidemiologia.** Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/maffessoni83/historico-da-sade-publica-no-brasil>> acesso em: 14/06/2015.

MARQUES, Amanda de A. **Produção e Manuseio de Alimentos e Procedimentos em Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABtdkAG/transicao-demografica-epidemiologica-nutricional>> acesso em: 22/04/2015

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** Identidade e Alienação. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1991.

MARTINELLI, Maria Lúcia; KOUMROUYAN, Elza. Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social. *In: Revista Serviço Social & Sociedade.* nº 54. São Paulo: Cortez, 1994.

MENEZES, Ana M. B. **Noções Básicas de Epidemiologia.** Disponível em: <<https://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoos-de-epidemiologia.pdf>> acesso em: 22/04/2015.

PEREIRA, Potyara, A. P.. **Necessidades Humanas:** Subsídios a Crítica dos Mínimos Sociais. São Paulo. Cortez. 2007

_____. Welfare State: a particularidade da assistência social. *In: Serviço Social e Sociedade.* São Paulo: Cortez, v. 19, n.56, p.60-76, 1998.

PESCUMA, Derna. CASTILHO, Antonio Paulo F. de. **Projeto de Pesquisa, O que é? Como fazer?** Um guia para sua elaboração. São Paulo. Olho D'água, 2005.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** Uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>> acesso em: 04/12/2015.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. *In: Serviço Social e Saúde.* São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 73-87. 2006.

SANTOS, Lenir. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares:** Rede, Regionalização e Hierarquização. 2011. Disponível em <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>> acesso em 04/12/2015.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>> acesso em: 04/12/2015.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>> acesso em: 22/04/2015.

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em Números:** Fraiburgo. SEBRAE. Florianópolis. 2013. 133p.

Sistema Único de Saúde: O Plano de Saúde de Todos os Brasileiros. Disponível em <<http://www.itapeva.sp.gov.br/secretaria/saude/sus/>> acesso em: 04/12/2015.

SPOSATI, Aldaiza. **Vida urbana e gestão da pobreza.** São Paulo, Cortez, 1998.

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. **Normalização dos Trabalhos Acadêmicos da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.** Caçador, UNIARP, 2011. Disponível em: <<http://extranet.uniarp.edu.br/secretaria/Normalizacao/Forms/AllItems.aspx>> acesso em: 05/05/2013.

WALDMAN, Eliseu Alves; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Vigilância em Saúde Pública.** Volume 7. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998

