

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO SÓCIO ECONÔMICO**

**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**AS POSSIBILIDADES PARA A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
NO SERVIÇO DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DA  
DAME**

**Uma Experiência de Estágio**

**MARI ÂNGELA DE FREITAS**

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

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 29/06/05

**FLORIANÓPOLIS**  
**2005/1**

**MARI ÂNGELA DE FREITAS**

**AS POSSIBILIDADES PARA A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
NO SERVIÇO DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DA  
DAME**

**Uma Experiência de Estágio**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina para a  
obtenção do título de bacharel em  
Serviço Social, orientado pela  
Professora Ms. Jussara Jovita Souza  
da Rosa.**

**FLORIANÓPOLIS 2005/1**

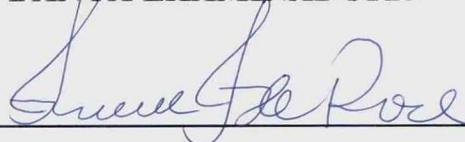
**MARI ÂNGELA DE FREITAS**

**AS POSSIBILIDADES PARA A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL  
NO SERVIÇO DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DA  
DAME**

Uma experiência de estágio


**Trabalho de Conclusão de Curso julgado e aprovado pelo Departamento de  
Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.**

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Professora Ms. Jussara Jovita Souza da Rosa  
Departamento de Serviço Social – UFSC  
Orientadora**



---

**Professora Ms. Silvia Régia Chaves Simões  
Departamento de Serviço Social – UFSC**



---

**Ms. Elisabeth Callado de Oliveira Carrreirão  
Assistente Social**

**FLORIANÓPOLIS  
2005/1**

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas "originais", significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, "socializá-las", por assim dizer; e, portanto, transformá-las em bases de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente de maneira unitária a realidade presente é um fato "filosófico" bem mais importante e "original" do que a descoberta, por parte de "gênio" filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos de intelectuais.

(Gramsci, 1999: 95-6)



## **DEDICATÓRIA**

Ao meu irmão Ivonilzo (in memoriam) por ter me mostrado que nunca é tarde para retomar um sonho em busca da realização.

## AGRADECIMENTOS

Ao Ser supremo por ter emanado sobre mim sua energia para que eu superasse todos os obstáculos com força e sabedoria;

Aos meus pais por terem me dado a vida e me ensinado os caminhos;

À professora Jussara Jovita Souza da Rosa por sua dedicação, competência e por ter me acolhido quando procurava uma orientadora;

À Assistente Social e professora Elizabeth Callado de O. Carreirão por sua dedicação, amizade e, acima de tudo, por ser um exemplo como profissional;

Um agradecimento especial à Assistente Social Ilma G. Cardoso da Silva por ter iluminado o meu fazer profissional durante o período de estágio. Minha escolha foi muito feliz;

Aos amigos Ângela, Paulo, Conceição e Tânia um agradecimento especial pelo apoio, carinho e incentivo. Vocês moram no meu coração;

Às companheiras de trabalho Carine, Luci e Regina pelo incentivo;

Às amigas da turma, vou sentir saudades, suas experiências de vida me fortaleceram;

Em especial, às amigas e verdadeiras companheiras de todas as horas, Ana Paula V. de Medeiros “a guerreira”, e a amiga Terezinha Garcia Torres “a vencedora” quero ter vocês sempre por perto;

Aos meus amores Wallace, Willian e Renato por entenderem o meu afastamento nestes quatro anos de curso. Em especial ao meu filho Willian por ter ajudado desde o início a superar as dificuldades com o computador, meu eterno agradecimento. Você é iluminado por natureza.

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhados e sogra por aplaudirem o meu esforço nesta jornada.

## RESUMO

FREITAS, Mari Ângela de. **O Serviço Social Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta a contextualização das políticas de saúde no Brasil desde os primórdios do século XX até os dias atuais, revelando o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a trajetória do Serviço Social nesta política.

Neste contexto, será enfatizada a intervenção do Serviço Social em unidade de saúde, com as ações sócio-educativas e o trabalho com redes.

Em consonância com a teoria, será mostrado a experiência de estágio curricular com a análise da demanda atendida, os óbices e as possibilidades para intervenção do Assistente Social no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME), pertencente a Secretaria Estadual da Saúde (SES) sendo uma unidade ambulatorial que atua em nível secundário e presta assistência de média complexidade, localizada em Florianópolis.

Palavras - chave: Saúde, Serviço Social, Intervenção Profissional.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Representa a demanda do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME por categoria de sexo.

GRÁFICO 2 – Representa a demanda do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME por categoria faixa etária.

GRÁFICO 3 – Representa a demanda do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME por município de procedência

GRÁFICO 4 – Representa os tipos de demanda do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME



## LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais  
ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social  
CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais  
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social  
CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais  
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social  
CEME – Central de Medicamentos  
CNS – VIII Conferência Nacional de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária  
DAME – Diretoria do Posto de Assistência Médica  
DATAPREV – Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social  
DISA – Diretoria de Ações de Saúde  
EDA – Endoscopia Digestiva Alta  
FAS – Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social  
FAE – Fração Assistencial Especializada  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem - Estar do Menor  
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência  
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
LOSS – Lei Orgânica da Seguridade Social  
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde



NOB – Norma Operacional Básica  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PAM – Posto de Atendimento Médico  
PPA – Plano de Pronto Ação  
PPI – Programação Pactuada Integrada  
PRR – Policlínica de Referência Regional  
PSF – Programa Saúde da Família  
SAMS – Subsistema de Atenção Médica Supletiva  
SAT – Subsistema de Alta Tecnologia  
SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SINPAS – Sistema Nacional da Previdência Social  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SP – Subsistema Público  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TFD – Tratamento Fora Domicílio

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Breve Histórico da política de saúde no Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 O Sistema Único de Saúde: do nascimento aos dias atuais .....</b>	<b>25</b>
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Trajetória do Serviço Social na Política de Saúde.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 O Serviço Social e a Intervenção Profissional em Unidade de Saúde .....</b>	<b>42</b>
3.2.1A Intervenção Profissional e o Trabalho com Redes .....	45
3.2.2 A Intervenção Profissional nos Processos Sócio-Assistenciais com Ações Sócio- Educativas .....	48
<b>4 AS POSSIBILIDADES PARA A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DA DAME .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1. A Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME.....</b>	<b>52</b>
4.1.1 O Serviço Social na DAME.....	55
4.1.2 O Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME .....	57
<b>4.2 A Experiência de Estágio: Apresentando as demandas, os óbices e as possibilidades para a Intervenção do Assistente Social no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME .....</b>	<b>59</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Conclusão de Curso visa a atender as exigências do Departamento de Serviço Social para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído no início da década de 90, foi um projeto idealizado por atores sociais desde os anos 70, sendo conformado pela Constituição Federal de 1988. O que foi considerando um grande ganho para a população em termos de direito a saúde.

O início dos anos 90 foi marcado por profundas mudanças no contexto político-econômico, onde foi consolidado no Brasil o Projeto Neoliberal confrontando-se com o projeto da Reforma Sanitária e o projeto hegemônico no Serviço Social, que vinha sendo construído desde a década de 80.

Assim, uma realidade adversa passou e passa a fazer parte do cotidiano dos profissionais e usuários do SUS, em especial dos Assistentes Sociais que, no cotidiano das unidades de saúde, lidam com as precariedades e as ineficiências das políticas sociais. Estas resultam do afastamento do Estado de suas funções reais, deixando uma grande lacuna na garantia dos direitos de cidadania. Tal fato é evidenciado, diariamente, na política de saúde e nas instituições que fazem parte desta como a falta de recursos humanos, precariedade na operacionalização das unidades básicas, consideradas como a porta de entrada do Sistema, a deficiência de vagas para as consultas especializadas, a reduzida oferta de exames de apoio e diagnóstico entre outros, deixam os usuários sem respostas às suas necessidades.

Portanto, faz-se necessário pensar a intervenção do Assistente Social diante deste cenário, quando o projeto profissional hegemônico é guiado pelo nosso Código de Ética, tendo o reconhecimento da liberdade como valor central, a defesa dos direitos humanos, a busca incessante da equidade e justiça social e o compromisso com a qualidade dos serviços



prestados à população, assegurando a universalidade de acesso aos programas e políticas sociais, etc.

Diante do exposto, este trabalho tem como o objetivo mostrar as possibilidades para a intervenção do Assistente Social no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da <sup>1</sup>DAME, sendo analisados as demandas, os óbices e as possibilidades para a prática profissional. A partir da experiência do estágio obrigatório, quando a prática profissional esteve voltada e em inteira harmonia com o projeto do referido Serviço, cuja intervenção está voltada para as ações sócio-educativas. Estas ações são consideradas de extrema importância para a emancipação dos indivíduos no enfrentamento dos entraves do Sistema de Saúde, e a intervenção do trabalho com Redes, por estas se configurarem em uma das possibilidades para utilizar todos os recursos, principalmente os públicos de responsabilidade das esferas de governo, no atendimento dos direitos do usuário.

O Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário é caracterizado como Plantão Social dentro da Instituição, sendo um mecanismo necessário para atender as necessidades inerentes aos direitos do usuário e a busca da efetividade dos serviços de saúde.

Sarmiento (2000, p.103), assegura que “[...] o fato das políticas sociais, enquanto mecanismos de regulação social, não conseguirem garantir o atendimento das demandas crescentes, vão sendo criados novos mecanismos, como forma de solução a esses problemas e suas contradições, marcados prioritariamente pela seletividade”.

A pesquisa realizada foi de cunho qualitativo, no qual trabalha o nível de realidade, envolvendo as subjetividades que perpassam as relações na busca de significados. Segundo Minayo (1996, p.21)

A pesquisa qualitativa, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Esta trabalha com um universo de significados, motivos,

---

<sup>1</sup> DAME: Diretoria do Posto de Assistência Médica, sendo esta uma Instituição Ambulatorial subordinada a Secretaria de Estado da Saúde (SES), que presta assistência em média complexidade para os usuários dos 22 (vinte e dois) municípios da 18ª Regional de Saúde e para os 293 (duzentos e noventa e três) municípios do Tratamento Fora Domicílio (TFD).

aspirações, crenças valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca, que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente.

Como instrumentalização para a formulação deste trabalho foi realizada a pesquisa bibliográfica, por permitir a cobertura de um número mais abrangente de fenômenos a partir da leitura de vários autores e a pesquisa documental a partir da análise dos Registros de Atendimentos ocorridos no período de 02/08/04 a 10/12/04, no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário. Foi escolhido aleatoriamente uma amostragem com 200 (duzentos) Registros de Atendimento (documento utilizado no Serviço para transcrever os atendimentos diários), cuja análise verificou os tipos de demanda, faixa etária, sexo e procedência dos usuários, e os óbices para a prática profissional no atendimento.

Para Gil (1995, p.71), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos e a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”.

Para estruturação deste trabalho, foram formulados três capítulos:

No primeiro capítulo, efetuou-se um breve histórico das políticas de saúde do início de século XX até os dias atuais, dando ênfase ao Sistema Único de Saúde.

No segundo capítulo, descreveu-se a trajetória do Serviço Social na Política de Saúde e a sua intervenção nos Processos Sócio-Assistencial com ações sócio-educativas e o Trabalho com Redes.

No terceiro capítulo, apresentou-se a contextualização da Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME); um breve histórico do Serviço Social e a apresentação do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME, em cujo local foi realizada a

experiência de estágio e onde será apresentado a análise das demandas, os óbices e as possibilidades para a prática do Assistente Social neste Serviço.

Para encerrar têm-se as considerações finais.



## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Para o entendimento do processo de construção do atual Sistema Único de Saúde, é importante buscar subsídios para a compreensão dos aspectos históricos que acabaram por influenciar a sua configuração, desde o início do século XX até os dias de hoje.

### **2.1 Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil**

Do início do século XX aos dias atuais, as ações e as políticas voltadas para a saúde pública no país estão intimamente ligadas ao seu modelo de desenvolvimento político e econômico.

Inicialmente o paradigma de saúde adotado no Brasil foi o sanitarismo-campanhista. No início do século passado, o Brasil era acometido por epidemias causadas por doenças contagiosas, exigindo do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e a erradicação ou controle de doenças infecto-contagiosas para que não prejudicasse a exportação. Já que o modelo econômico da época era agroexportador. O sanitarismo-campanhista visava o combate das doenças através de estruturas verticalizadas, com estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre o indivíduo e as cidades. Este modelo perdurou até meados da década de 60 (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

Nas primeiras décadas do século XX, apesar da alta mortalidade, não haviam hospitais públicos, somente entidades filantrópicas ligadas a igreja e mantidas por contribuições e auxílios governamentais. O hospital existente contava apenas com o trabalho voluntário e assemelhava-se a um depósito de doentes que permaneciam isolados da sociedade.

Quanto a Previdência Social, em 1923 foi aprovada a Lei Elói Chaves e, com ela, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's).

A primeira CAP's a ser criada foi a dos ferroviários, seguida por outras. O direito as CAP's era desigual, pois foram organizadas somente nas empresas ligadas à exportação e ao comércio, em razão de estas serem fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil. As CAP's eram organizadas por empresas e administradas e financiadas pelos empregados e empregadores e, possuíam a finalidade assistencial, sendo os benefícios em pecúnia e a prestação de serviços médicos.

Em 1936 existiam 186 CAP's, o que, segundo Mendes (1999) deveu-se ao fim do modelo econômico agroexportador e o surgimento do processo de industrialização que induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social. No entanto, grande parte da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde.

No período do Estado Novo, entre os anos de 1930 e 1945, configurou-se a concepção de seguro na Previdência Social brasileira e surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). Estes eram estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas, com contribuição tripartite entre empresários, empregados e o Estado. A assistência médica assumira caráter secundário, pois já se pretende a contenção de gastos, num regime de capitalismo financeiro.

A capitalização da Previdência foi utilizada para o desenvolvimento da indústria de base, fundamental para o sucesso da industrialização e do capitalismo no Brasil.

Neste período, a política de saúde no Brasil, revela sua organização em dois setores, o de saúde pública, de responsabilidade do Estado, cabendo a ele as medidas coletivas e o de medicina previdenciária (COHN, 1999).

Com a industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades, a partir da década de 50, acentuam-se o aumento da demanda por assistência médica. Neste momento, o importante já não era sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas cuidar do corpo do trabalhador, para manter sua capacidade produtiva.



Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que visava centralizar as políticas de saúde. Até a Constituição de 1967 e 1969, a saúde era tratada de forma bastante genérica, conferindo à União competência para dispor sobre planos nacionais de educação e saúde e legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde com a responsabilidade de prestar os serviços às populações de baixa renda, excluídas do mercado formal do trabalho, a saúde pública.

Com a preocupação de uniformização dos benefícios foi promulgada no ano de 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e em 1963, surge o Estatuto do Trabalhador Rural. Este foi um período marcado por crise política com a instauração da ditadura militar e o acelerado crescimento da economia industrializada, exigindo um novo modelo previdenciário.

Segundo Cohn (1980), no período compreendido entre 1930 e 1960, houve uma nítida associação entre o processo de desenvolvimento econômico e as políticas sociais, mas precisamente a previdência social trazendo como característica a "cidadania regulada", que vincula o direito de aposentadoria e assistência médica ao contrato compulsório dos trabalhadores do setor privado com o seguro social estatal de caráter contributivo e na dependência da inserção formal no mercado de trabalho.

A associação entre o processo de desenvolvimento econômico e as políticas sociais, exigiu a uniformização dos benefícios, em razão de os mesmos serem diferenciados entre as corporações. Em 1966, ocorreu a unificação dos IAP's em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste período, o papel regulador do Estado afastou os trabalhadores do controle da Previdência Social, fato que causou resistência dos grupos do antigo sistema corporativo.

Já em 1971, houve a ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais e logo em seguida aos trabalhadores domésticos e os autônomos, provocando ao mesmo tempo, formas diferenciadas nos atendimentos das clientelas.

Conforme Mendes (1999), a ampliação da cobertura para os outros seguimentos de trabalhadores, veio acompanhada do caráter discriminatório da política de saúde, determinando as desigualdades no acesso entre as clientelas urbanas e entre estas e as rurais. Este processo culminou com que foi denominado, na década de 80, como a “universalização excludente” das políticas de saúde.

Sob a influência norte-americana na área da saúde, com a criação do INPS, constituiu-se o modelo médico-assistencial privatista, cujas características eram de favorecer a extensão da cobertura previdenciária para quase totalidade da população urbana e rural, o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento da saúde-pública, a criação pelo estado de um complexo médico – industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, privilegiando o produtor privado destes serviços (MENDES, 1999).

Em 1975, foi criado, com a Lei 6.229, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) visando a aglutinação das ações e dos serviços de saúde executados pelo Poder Público. Este Sistema não veio definir uma nova política social, acrescer algum direito individual ou coletivo no campo da saúde, nem tão pouco funcionou como um sistema, pois não deu organicidade às ações e serviços de saúde (SANTOS, 1994).

O SNS distribuiu competências para execução de ações e serviços de saúde entre os Ministérios do Interior, Trabalho, Educação e Cultura e entre os Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social.



Para confirmar a dicotomia existente entre os dois Ministérios no atendimento da população, faremos um breve relato das atribuições de ambos.

Ao Ministério da Saúde competia:

Formular a política nacional de saúde e executar atendimentos de interesse coletivo (cuidar das doenças transmissíveis, elaborar normas técnico-científicas, definir a política nacional de alimentação e nutrição, coordenar as ações de vigilância epidemiológica, controlar as drogas, medicamentos e qualidade dos alimentos, fixar normas e padrões técnicos para prédios e instalações destinados a abrigar serviços de saúde, cuidar da fiscalização sanitária, incluindo as migrações humanas e sobre as exportações e importação de produtos e bens de interesse da saúde) (SANTOS,1994,p.8).

Ao Ministério da Previdência e Assistência Social competia:

Cuidar do atendimento médico-assistencial individualizado, credenciar as entidades sem fins lucrativos para integrarem o Subsistema público, contratar serviços de saúde de terceiros, entidades privativas lucrativas ou não (SANTOS, 1994, p.8).

Mendes (1999) afirma que, em 1974, com o fim do período de expansão econômica e iniciando a abertura política, começava os questionamentos com relação a política social do governo e algumas mudanças são realizadas como a separação da área previdenciária da área do trabalho, através da Lei Nº 6034, que cria o Ministério da Previdência e Assistência Social, a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção às urgências, implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), através da Lei 6118, com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social, instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ), destinada a financiar o investimento fixo de setores sociais.

Neste momento, o setor privado garante a expansão física adicional com recursos subsidiados especialmente para a área hospitalar.

Conforme Mendes (1999), o Plano de Pronta Ação (PPA) serviu para criar uma nova modalidade assistencial, a medicina de grupo, viabilizada a partir do convênio-empresa, este modo de relação beneficiava uma clientela específica, o operariado mais qualificado e com

melhor padrão organizativo. O convênio-empresa instituiu o nascimento e desenvolvimento do subsistema de atenção médica supletiva que se tornou hegemônico na década de 80.

Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a finalidade de integrar funções de diversas entidades com atuação na área do seguro social, que, juntamente com a Constituição de 1967 e 1969, conformaram a base jurídico-legal do sistema de saúde nos anos 70. Esta lei objetivava a organização da Previdência Social que enfatizava a motivação racionalizadora e a centralização administrativa e, ao mesmo tempo a ampliação da cobertura previdenciária (MENDES, 1999).

Neste contexto, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Outras entidades compunham este Sistema, como: a Central de Medicamentos (CEME) como órgão autônomo, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem - Estar do Menor (FUNABEM) e a Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social (DATAPREV), (PAIXÃO, 1980).

O INAMPS, nesta estrutura, tinha como principal atribuição a prestação de assistência médica aos segurados do meio urbano, aos trabalhadores e empregados rurais. É importante destacar que desde a criação do INAMPS, em 1977 e no decorrer da década de 80, várias intervenções foram feitas com os serviços de saúde prestados pela previdência.

O modelo médico-assistencial privatista, que foi construído na década anterior e que foi hegemônico na década de 70, apresentava problemas uma vez que excluía grande parcela da população, aliado aos problemas da conjuntura econômica e política que eram desfavoráveis. Com o fim do "milagre econômico", as dificuldades no panorama econômico internacional e nacional eram evidentes. Este modelo permitiu que o Estado fosse o grande financiador do Sistema, com distinção ao setor privado nacional, pois este se tornou o maior



prestador de serviços de atenção médica. Privilegiou o setor privado internacional para que fosse o mais importante produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1999).

Em 1982, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que apontava a melhoria na qualidade de assistência prestada à população pelo INAMPS, a igualdade de condições da cobertura assistencial a toda população urbana e rural, o planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitando as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo e o aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação de serviços (TOMASI, 1986).

O plano do CONASP evoluiu para as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, em 1983, mencionava a municipalização dos serviços de saúde como diretriz de trabalho, amparada por uma ampla reforma tributária e a democratização efetiva dos serviços, como um direito de todos, independente do vínculo trabalhista do indivíduo, estas sugeriam uma reforma da política de saúde (MENDES, 1999).

Entretanto, já na segunda metade da década de 70, diante de uma política de saúde discriminatória, que deixava grande parcela da população à margem de um atendimento precário e o uso indiscriminado dos recursos destinados à saúde aliados aos favorecimentos políticos, causou a insatisfação de vários atores que vieram a se incorporar ao Movimento da Reforma Sanitária. Atores vindos tanto dos espaços políticos como dos institucionais.

Diante desta realidade acontece uma abertura política gradual. Neste período, a exclusão da população de baixa renda do modelo médico-assistencial privatista era visível. Para dar resposta a estes atores, o Estado formulava políticas compensatórias como a proposta da atenção primária seletiva, com tecnologias simples e baratas, providas de pessoal de baixa

qualificação profissional incluindo a retórica da participação comunitária. Estas atingiam geralmente as populações que viviam nas periferias das cidades e na zona rural.

Tal atitude veio coincidir com a proposta da Conferência Internacional dos cuidados primários, acordada em Alma - Ata, em 1978, na URSS. Nesta declaravam ser urgente a necessidade de ação de todos os governos, de todos os que trabalhavam nos campos da Saúde e do desenvolvimento e de comunidade mundial para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo.

Entre as décadas de 80 e 90, a política de saúde tem seu desenvolvimento atrelado as profundas crises econômicas e ao processo de redemocratização do País. Algumas tentativas foram acrescentadas para tentar um novo modelo de assistência.

Cohn (1999), atribui ao movimento da Reforma Sanitária, a proposta de implantação de um Sistema Único de Saúde sob controle do Estado, a universalização e a descentralização dos serviços.

No ano de 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em Brasília. Um evento decisivo e dos mais importantes na história da Política de Saúde no Brasil. Foi considerado um marco na formulação de propostas de mudança do setor saúde, consolidando os preceitos do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Para Paim (1999, p.474), esta Conferência sistematizou os seguintes princípios e diretrizes da Reforma Sanitária:

O conceito ampliado de saúde;  
Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado;  
Sistema Único de Saúde;  
Participação popular e  
Constituição e ampliação do orçamento social.

A fragilidade conjuntural por que passava a política do Ministério da Saúde e a falta de base legal para as ações concretas que o MPAS/INAMPS vinha executando, acabaram por criar, através do Decreto nº 94.657/87, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde



(SUDS), em substituição as AIS, cuja proposta principal era a transferência dos serviços do INAMPS para os Estados e Municípios. Este modelo foi idealizado como estratégia de transição em direção ao SUS (MENDES, 1999).

Mendes (1999, p.41), relata que as “AIS tiveram resultados positivos, mas não conseguiram superar o caráter de política social compensatória e constituir-se numa estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde”.

A busca pela efetiva concretização dos preceitos da Reforma Sanitária, da VIII Conferência de Saúde e da Constituição Federal de 1988 em relação a Política de Saúde, são marcados por avanços e retrocessos. A estes são atribuídas as alterações no contexto político institucional, devido as restrições econômicas e pelas mudanças políticas dos gestores. É deste contexto que se originou o Sistema Único de Saúde, que trataremos no próximo item.

## **2.2 O Sistema Único de Saúde: Do Nascimento aos dias atuais**

O processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, em virtude das políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não é fruto apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. Tal cenário esteve associado à busca de um Estado de direito democrático.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve suas proposições contempladas pela Constituição Federal de 1988, quando foi aprovada a criação do SUS. Sendo que seus princípios e diretrizes básicos estão descritos nos artigos constitucionais que mencionam,

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.

Art.197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art.198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade[...].

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

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

Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar de produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos [...] (BRASIL 1988).

A Constituição Federal estabelece o SUS, através das Leis nº 8080/90 e da lei nº 8142/90, como sendo de caráter público e gratuito, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e sob controle do usuário. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8080/90, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]” e a Lei nº 8142/90 regulamenta a participação social, através de Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde com caráter deliberativo.

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, promulgada em setembro de 1990, traz em seus artigos 2º, 3º e 4º as seguintes referências:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nos preceitos da Constituição Federal de 1988, o SUS foi regulamentado e reconhecido pelos seguintes princípios doutrinários:

**Universalidade:** Com a implantação do SUS, a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado, assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços devem ser garantido à todas as pessoas independente de sexo, raça, classe social, religião, etc.

O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio tão almejado pela sociedade brasileira.

**Equidade:** Garantia de ações e serviços, em todos os níveis de atenção, de acordo com a complexidade que caso requiera.

Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, tem necessidades diferentes. Portanto, a equidade significa tratar desigualmente os desiguais, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades da população a ser atendida. Podemos dizer que a equidade é um princípio de justiça social.

**Integralidade:** É “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”. Este princípio significa considerar a pessoa como um todo, atendendo à todas as suas necessidades. Portanto, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo para que se efetive a integralidade pressupõe-se a articulação da saúde com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (WESTIPHAL e ALMEIDA, 2001,p.32).

Para que os princípios doutrinários fossem efetivados pelo SUS, foram definidos os princípios organizativos como:

**Regionalização e Hierarquização:** Deverão contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (NOAS-01/02, p.1).

O acesso da população à rede dá-se através dos serviços, em unidades básicas de saúde, em nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não foram solucionados nestas unidades deverão ser referenciados para os serviços ambulatoriais especializados, em nível secundário de atenção, e as patologias mais graves aos serviços hospitalares, em nível terciário de atenção.

Estes tipos de organização devem incorporar a rotina do acompanhamento dos serviços, com os fluxos de encaminhamentos (referência) e de retorno de informações em nível primário ou secundário do serviço (contra-referência).

**Descentralização:** É entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mas chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - a este processo se dá o nome de municipalização. (CHIORO, SCAFF, 2000,p.11).

**Participação dos cidadãos:** É expressa como garantia constitucional de que a população através de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (CHIORO, SCAFF,2000,p.11).

A participação do cidadão é um meio democrático que deve estar presente no dia a dia do sistema. Para tanto, deve acontecer através dos Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal). A representação dos conselhos deverá ser paritária e tripartite com a participação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. As Conferências de Saúde nas três esferas de governo, são fóruns de instância máxima onde se reúnem representantes da sociedade para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em níveis nacional, estadual e municipal de governo, a cada quatro anos.



**Complementariedade do setor privado:** A Constituição definiu que quando, por insuficiência do setor público, for necessário a contratação de serviços privados, isto deve se dar sob três condições: - a celebração do contrato conforme as normas de direito público; - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do Sistema Único de Saúde; - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.(CHIORO, SCAFF,2000,p.11).

A Constituição de 1988, através da Lei Nº 8.212 de julho de 1991, consagrou a Lei Orgânica da Seguridade Social (LOSS), integrando as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social. Esta lei consignava um padrão de proteção social compatível com a necessidade da época, ou seja, garantir direitos de cidadania à toda população, com a expansão de ações das mesmas, necessitando de mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento para que cada área pudesse dar conta das suas especificidades, mantendo assim uma forma de proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora (VIANNA, 1999).

Com a finalidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS foram aprovadas várias normas operacionais, a partir da década de 90. Estas regulam as relações entre os gestores do sistema de saúde, entre os Municípios, Estados e o Governo Federal. Formulam novos objetivos estratégicos, prioridades e diretrizes para a implantação do Sistema em território nacional.

Seguindo, apresentaremos um breve resumo das principais.

Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, que preconiza a Municipalização dos Serviços, a Atenção Básica limitada, a Programação Pactuada Integrada (PPI), o compromisso de Gestão entre as esferas de governo e a responsabilidade total na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Esta NOB determina as seguintes condições de gestão para os Municípios e Estados:

Municípios:

**Gestão Plena da Atenção Básica:** é o tipo de gestão na qual o município recebe de forma regular e automática os recursos financeiros para prestar serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB). O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitante/ano.

**Gestão Plena do Sistema Municipal:** é o tipo de gestão cujo o município recebe de forma automática os recursos financeiros para prestar serviços de assistência ambulatorial e hospitalar. Envolve planejamento, controle e avaliação, com gerenciamento de todas as unidades ambulatoriais básicas, especializadas e hospitalares, públicas ou privadas, vinculadas ao SUS em seu território.

Estados:

**Gestão Plena do Sistema Estadual:** é o tipo de gestão onde o Estado recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para gerenciamento do sistema de saúde em âmbito estadual, cooperando com recursos técnicos e financeiros junto ao município.

**Gestão Avançada do Sistema Estadual:** a transferência dos recursos financeiros é apenas da Fração Assistencial Especializada (FAE) e do Piso de Atenção Básica (PAB) dos municípios não habilitados.

No ano de 2002, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS – SUS) 01/02 em substituição a NOB/96. Esta Norma no seu Art.1º menciona que:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios (NOAS-SUS, 01/02, p.1)

A universalização do acesso preconizada pela Constituição Federal de 1988 e pela LOS veio acompanhada de mecanismos de racionamento, queda da qualidade dos serviços públicos, sejam dos estatais e privados conveniados e contratados, que foram expulsando do sistema público os segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado.



Mendes (1999), narra que é dentro deste contexto que passou a vigorar, a partir dos anos 80, o projeto neoliberal em substituição ao modelo médico assistencial privatista. Este projeto, no início dos anos 90, torna-se hegemônico e convive com a tensão do projeto contra-hegemônico, o da reforma sanitária, que proporcionou a criação do SUS.

Tal projeto firmou-se com uma profunda crise econômica e em três subsistemas: o Subsistema Público (SP), o Subsistema Privado de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e o Subsistema de Alta Tecnologia (SAT).

O primeiro concentra os serviços estatais prestados diretamente pela União, Estados e municípios e dos privados, que estão pactuados pelo Estado, recebendo recursos públicos pela prestação dos serviços. As instituições privadas contratadas ou conveniadas desse subsistema são as que representam dentro do setor de saúde seu segmento mais atrasado tecnologicamente.

Já o Subsistema de Atenção Médica Supletiva, consolidou-se através da sua autonomização do sistema público, sob a forma de financiamento, onde não há financiamento direto do Estado para seu financiamento. Este subsistema está se expandindo em função da perda da qualidade do subsistema público, provocando a expulsão de grande parcela da população para este subsistema privado que indiretamente é financiado pelo Estado e pela população na compra dos serviços.

O terceiro, o Subsistema de Alta tecnologia, encontram-se os hospitais que consomem 30% dos recursos públicos para atender de 2 a 3% da população.

Mendes (1999, p.59), cita que “Tais subsistemas tem lógica de estruturação distinta, complexidades tecnológicas diversas, clientela discriminadas, interlocutores políticos diferenciados e modos de financiamento próprios”.

Em função dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, é imprescindível refletir quanto ao seu completo processo de implementação, uma vez que ainda significantes



incertezas permanecem. A experiência brasileira demonstra que este é um fenômeno processual em que há muitos desafios a enfrentar. Entre eles podemos citar:

A questão do financiamento que, segundo Garrafa (1997), está no forte decréscimo de alocação de recursos na saúde, vigente no período de 1985 á 1995, e que foi revertido parcialmente, em período recente, permanecendo o valor per capita abaixo dos padrões internacionais para países no mesmo estágio de desenvolvimento do Brasil.

Ainda, o autor acima, alega também que o grande problema pode ser a falta de recursos, as fraudes, o mau gerenciamento, como também a diferenciação das demandas de usuários e do envelhecimento da população.

Entretanto, Goulart (1999), refere outro aspecto a ser analisado que é o modelo de saúde vigente historicamente no Brasil; o chamado paradigma clínico, com traços dicotomizados e centrados no médico, na doença e no hospital, apesar de conflitante com a integralidade da proposta do SUS, ainda não se encontra superado, quando o ideal seria um modelo voltado para a prevenção e promoção da saúde.

A questão cultural é também um fator que acaba por atrapalhar a implementação do SUS, como exemplo, o financiamento constitui uma forma de manifestação da cultura centralista, pois as reformas tributárias colocam os gestores estaduais e municipais em posição dependentes e de expectativa em relação à transferência federal de recursos (LEUCOVITZ, 2001).

Nogueira (2000) atribui que a desordenada e ineficiente equidade do Sistema, resultado da baixa resolutividade da atenção à saúde ou o aumento da demanda ou os dois, no sistema público, leva uma parcela expressiva da população de classe média e alta a buscar novas alternativas. Estas camadas têm se voltado para a Assistência Médica Supletiva (AMS), o problema não é só a opção particular, mediante pagamento voluntário, mas a AMS recebe subsídios governamentais diretos e indiretos.

Outro desafio a ser ultrapassado é o exercício do Controle Social. Este não pode ficar condicionado as práticas dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, mas devem ser realizados pela população em geral, por meio dos Conselhos comunitários, ouvidoria, etc.

Garelli, (1986, p.283), entende por Controle Social

O conjunto de meios de intervenção, quer positivos, quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários à mencionadas normas, de restabelecer condições de conformação, também em relação a uma mudança no sistema normativo.

Ainda Garelli (1986) diz que o conceito de controle social de saúde introduzido na área da saúde, dá-se devido ao controle que a sociedade exerce não sobre comportamentos desviantes de indivíduos, mas sobre a atuação das instituições do Estado, em relação aos princípios do SUS.

E, por fim, de acordo com o que preconiza a 12ª CNS, realizada em 2003, um dos grandes desafios a ser alcançado esteja na estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que dê ênfase a grande função de saúde pública e subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos de cidadania (MANUAL DA 12ª CNS, 2003).



### **3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

Este capítulo trata do surgimento do Serviço Social como profissão e de sua inserção nas políticas de saúde, trazendo paralelamente alguns aspectos da reconceituação e do seu atual projeto hegemônico.

A seguir serão abordados o Processo de Trabalho do Serviço Social na saúde e a sua Intervenção em Processo Sócio - Assistencial com o Trabalho em Redes e as Ações Sócio-Educativas.

#### **3.1 Trajetória do Serviço Social na Saúde**

O surgimento do Serviço Social como profissão deu-se entre o final do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX, na Europa, nos Estados Unidos e na América Latina, sendo a Inglaterra o berço da primeira escola. Seu surgimento esteve articulado com o projeto do poder burguês, produzido pelo capitalismo industrial no mundo, seguido por um complexo quadro social em que se combinavam questões políticas, ambições colonialistas de países poderosos e a corrida armamentista internacional. Já que este foi um período marcado pela Primeira e Segunda Guerra Mundial (MARTINELLI, 1989).

Segundo Martinelli (1989, p.141), “a origem do Serviço Social como profissão tem a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variáveis subjacentes, alienação, contradição e antagonismos, pois foi nesse vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido”.

Ao comentar-se a trajetória do Serviço Social na Saúde, não podemos deixar de situar seu surgimento no processo sócio-histórico do Brasil, cujo objeto/intervenção foi construído e desconstruído conforme as conjunturas sociais e políticas da época, onde a classe dominante



passou a desenvolver estratégias de controle social. Assim, o serviço social surgiu como profissão com a finalidade de responder às demandas do Capital, pois o cenário que se evidenciava era centrado no amadurecimento do mercado de trabalho, na consolidação da industrialização e da vinculação da economia ao mercado mundial (MARTINELLI,1989).

Ao reportar-se às décadas de 30 e 40, período de surgimento do Serviço Social no Brasil, apesar de algumas escolas terem surgido motivadas por demandas do setor, a área de saúde não foi a que concentrou um número expressivo de profissionais. Porém, a formação profissional, inicialmente, se pautou em algumas disciplinas relacionadas à Saúde (BRAVO, 2004).

No período pós- 2ª Guerra Mundial, meados dos anos 40, ocorreram mudanças na regulação econômica e política mundial e o capitalismo brasileiro se encontrava dependente do internacional e atrelado ao Estado. Neste período, a influência norte-americana da profissão substituiu a Européia e a ação profissional do Serviço Social na área da Saúde foi ampliada, sendo o setor que mais absorveu os assistentes sociais (FALEIROS, 2001).

Conforme Bravo (1996,2004), neste período a saúde passa a ser considerada em sentido mais amplo, nos aspectos biopsicossociais (novo conceito de Saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948), pois, ao final da 2ª Guerra Mundial, havia uma população devastada pela guerra, exigindo ações de saúde pública. Neste sentido, o Serviço Social com a influência dos Estados Unidos passa a desenvolver novas técnicas de intervenção como a investigação social, com objetivo de estes profissionais participarem das pesquisas médico-sociais, do trabalho com a família e a abordagem grupal. Ainda neste período enfatizou-se o trabalho em equipe multidisciplinar que permitia suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis.

Esta proposta pautou-se em ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos, criando programas prioritários com segmento da população

devido à falta de universalidade à atenção médica e social. “O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas normatizados pela política de saúde” (BRAVO, 2004, p.28,29).

Com a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, a previdência social priorizou a ampliação dos gastos com a assistência médica e por esta não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo.

Por este período, o assistente social passa a atuar nos hospitais, como lugares centrais de sua ação, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. O profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO, 2004).

Por volta da década de 50, a ação racionalizadora na saúde manteve a ação profissional voltada para os hospitais e ambulatórios. Nos centros de saúde, o profissional não foi absorvido, apesar de terem sido criado em meados da década de 20 e já possuem serviços que necessitavam da ação dos Assistentes Sociais. Embora a sua inserção nestes centros deuse a partir de 1975. Anteriormente, foram direcionadas aos visitantes sociais (educadores de higiene e professores instruídos) atividades junto a população que poderiam ser absorvidas pelos assistentes sociais. O Serviço Social Médico, como era tratado, não atuava com procedimentos e técnica do Desenvolvimento de Comunidade (DC), mas priorizava o Serviço Social de Casos e o seu principal objetivo era o engajamento do cliente ao tratamento (BRAVO, 2004).

Do seu início até os anos 60, o Serviço Social não conseguiu alterar o predomínio do bloco hegemônico conservador, que influenciou a produção de conhecimento, as entidades organizativas e o trabalho profissional. A partir deste momento surge um debate na profissão



que questionavam o conservadorismo, aliados as temáticas do desenvolvimento e a crescente questão social.

Deste modo, Bravo (1996), reitera que o movimento de reconceituação e a modernização conservadora não surgiram de forma isolada, encontrando respaldo nas questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, uma vez que questionavam a temática do desenvolvimento e suas repercussões.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, pois o período esteve marcado pelo controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado, bem como para o atendimento das novas demandas.

Segundo Bravo (2004) o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS) foi o principal responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975. Este difundiu a perspectiva modernizadora e teve como eixo central o Serviço Social como parte integrante no processo de desenvolvimento com influência do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sócio-política, mas tendo a preocupação de inserir numa “moldura teórica e metodológica”.

O movimento de reconceituação do Serviço Social que emergiu, em meados da década de 60, prolongando-se por uma década, baseou-se na contestação ao tradicionalismo profissional, no questionamento global da profissão, de seus fundamentos ideológicos e teóricos, de suas raízes sóciopolíticas, da direção social da prática profissional. Mesmo tendo emergido na América Latina, o movimento trouxe mudanças para a organização profissional, pois estes passaram a ter uma visão crítica e política única e focando os problemas sociais num mesmo paradigma de inter-relações (IAMAMOTO, 2001, FALEIROS, 2001).

Neste contexto, a profissão passou a questionar o marco teórico de suas ações e a buscar uma matriz teórica que orientasse a intervenção sob novas perspectivas. Com isso, a matriz teórica marxista adentrou o serviço social que pautou a intervenção na crítica-reflexiva



com a finalidade de incidir revolucionariamente sobre o Sistema. No entanto na área da saúde esta matriz teórica não causou mudanças nas ações profissionais.

A profissão, na área da saúde, recebeu influências da modernização conservadora ampliando sua ação na assistência médica previdenciária, pois neste período, a saúde estava vinculada a área previdenciária, com sua atuação na prática curativa individual de caráter preventivo e curativo, grupal, comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho (BRAVO, 1996). Tais ações estavam baseadas nas técnicas de intervenções que buscavam os padrões de eficiências e eficácia, para dar conta dos beneficiários da previdência sem provocar alteração na forma de financiamento da instituição.

Por esta época a ação na saúde pública não foi enfatizada, a prática profissional esteve voltada para a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direito.

Seguindo este raciocínio, Yamamoto (1982, p.173-174, APUD BRAVO, 1996, p.93), menciona que,

O Assistente Social, em sua prática, configurou-se como o “profissional da assistência”, operando com recursos institucionais para a prestação de serviços, racionalizando e administrando sua distribuição, controlando o acesso e o uso dos mesmos pela “clientela”. Caracterizou-se pela ação intermediária nas relações entre instituição e usuários. Surge como profissional da Coerção e do Consenso, como um especialista político, sendo essa característica a que aparece com maior intensidade, embora não seja exclusiva.

As alterações na política de saúde advindas das conjunturas anteriores, alteraram as formas de atuação do Serviço Social, implicando na subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras.

Entre os anos de 1974 a 1979, o Serviço Social na saúde não sofreu alterações significativas, porém havia um processo organizativo da categoria na busca de outras direções para a profissão, pois buscavam uma direção teórica que mudasse as diretrizes do fazer profissional.

A partir da década de 80, a abertura política caracterizada pelo advento da democracia, acompanhada do aprofundamento da crise econômica que se evidenciou com a ditadura militar, proporcionou ao Serviço Social agregar novas características em seu debate teórico como a incorporação de temáticas, como o Estado e as políticas sociais fundamentadas na teoria marxista.

Ainda na mesma década, houve grandes avanços na área de saúde como a consolidação do Movimento Sanitário que, se iniciou, em meados da década de 70, e avançou na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado. Aconteceu a VIII Conferência de Saúde como o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde no país. O relatório da Conferência serviu de base para a reformulação da Constituição Federal. Foram conformadas a política de Saúde, Assistência Social e a Previdência Social num modelo de proteção Social, caracterizando a Política de Seguridade Social.

De acordo com Bravo (2004, p.33), “a premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Ao mesmo tempo em que havia a preocupação da categoria dos assistentes sociais no contexto da redemocratização do país, da crise do Estado brasileiro, da falência da atenção à saúde e da ruptura com a política de saúde vigente e a construção de uma reforma sanitária brasileira, a categoria estava centrada na negação do Serviço Social tradicional (anterior a década de 80) enquanto procurava uma nova direção a ser dada à profissão (BRAVO, 2004).

A mesma autora considera que, na década de 80, o Serviço Social na saúde continuou na execução terminal das políticas de sociais através de sua ação nas instituições.

Portanto, mesmo com todas as tentativas de transformações no fazer profissional, houve somente mudanças de posições quanto a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; quando houve



apresentação de trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva, a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS, e a articulação do Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) com outros conselhos federais na área da saúde (BRAVO, 1996).

Outros ganhos foram obtidos pelo Serviço Social como a formulação do Código de Ética Profissional do Serviço Social, de 1993, fruto da revisão do Código de 1986 e a Lei 8662/93 que regulamentou o Serviço Social como profissão.

Bravo (2004) considera que ao chegar aos anos 90, o Serviço Social na área da Saúde teve avanços considerados insuficientes, pois poucas alterações foram observadas na prática institucional, continuou como categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária.

Nos anos 90, o projeto político-econômico consolidado no Brasil, projeto neoliberal, traz um projeto de saúde articulado ao mercado com a privatização inclusive dos serviços de saúde, mesmo sendo esta considerada um direito. Este projeto traz a política de ajuste, a tendência à contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, cabendo ao setor privado o atendimento aos cidadãos que podem pagar pelos serviços de saúde. Tal intenção vem promovendo um desmonte dos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988 e pela LOS.

Com este contexto, o Serviço Social busca construir uma prática que garanta um Estado Participativo, formulador de Políticas Sociais equânimes e universais (BRAVO, 2004).

Em tal cenário, dois projetos antagônicos, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentam diferentes requisições ao assistente social. O primeiro requisita, “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação



fiscalizadora aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio das abordagens individuais” (BRAVO, 2004, p.36).

O segundo requer que o assistente social trabalhe as seguintes questões “a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, estímulo a participação cidadã” (BRAVO, 2004, p.36).

Para Bravo (2004), ao Serviço Social cabe ainda alguns desafios diante da atual realidade da política de saúde. A autora cita as análises realizadas por Matos (2000), Souza (2001), Costa (1998) e Vasconcelos (1999), a partir de suas dissertações de mestrado e tese de doutoramento. Os desafios identificados pelos autores como: “a necessidade de ruptura com o Serviço Social tradicional”, eles julgam ser necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético político profissional e, avançá-lo para os serviços e para o cotidiano de trabalho do assistente social .

No atual governo Lula (2002-2006), o Ministério da Saúde (MS) tem apontado alguns desafios para a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, como a construção de novos modelos de fazer saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS. Como diretriz destaca a ampliação do atendimento do SUS, priorizando a atenção básica, o combate às endemias, a melhoria do acesso aos medicamentos, ênfase para a política de educação para o SUS (mudança na prática e formação), a ênfase na educação para a saúde, o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, etc (BRAVO, 2004).

No entanto, constata-se que, após dois anos deste governo, as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas a lógica econômica e a não concepção de Seguridade Social, que foi inscrita na Constituição de 1988.

O Serviço Social está envolvido nesta tensão, onde procura dar resposta aos dois projetos citados anteriormente, o da reforma sanitária e o projeto privatista. Na área da saúde,

cujas tensões se fazem presentes, a crítica pelo questionamento da cisão entre o estudo teórico e a intervenção faz com que os profissionais apresentem descrenças em relação às políticas públicas.

### **3.2 O Serviço Social e a Intervenção Profissional em Unidade de Saúde**

O projeto profissional do Serviço Social está articulado à dimensão macro-societária. Isto implica no reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta, considerando seus limites e possibilidades e, a dimensão profissional que compreende a formulação de respostas, seja no âmbito do exercício profissional nas elaborações intelectuais, na sistematização da prática acumulados ao longo da história do Serviço Social (IAMAMOTO, 2001).

O Serviço Social tem como objeto de trabalho a questão social, no qual as políticas sociais de corte público e privado um dos campos de trabalho para o Assistente Social, cujas políticas sociais configuram-se em uma das respostas para a questão social.

O projeto profissional de caráter ético - político encontra-se comprometido com a cidadania, pois objetiva a defesa dos direitos na sua totalidade, a sua ampliação legal e sua consolidação material, uma vez que os indivíduos sociais passam a ser “reconhecidos como sujeitos de valores, de interesses, de demandas passíveis de serem negociadas e acordadas” (IAMAMOTO, 2001, p.57).

A intervenção profissional está direcionada tanto para as condições sociais da vida da classe trabalhadora, pois incidem no processo de reprodução da força de trabalho através de serviços sociais previstos nas áreas da educação, saúde, habitação, e também por meio de uma dimensão que não é material, e sim social, já que incorre no campo do conhecimento, valores, comportamentos, cultura, produzindo efeitos reais na vida dos sujeitos (IAMAMOTO, 2001).



Desta forma, o Assistente Social é pensado por Yamamoto (2001), como um intelectual que contribui junto a outros protagonistas sociais na criação de consensos na sociedade. Ele é chamado para atuar em várias esferas no campo do trabalho, como nas empresas, nos Conselhos de políticas sociais (saúde, assistência social) e de direitos (criança e adolescente, idosos, pessoas portadoras de deficiência). Estes profissionais contribuem para a criação de outro consenso ao reforçarem os interesses da classe trabalhadora cujas ações consistem na socialização de informações que subsidiem a formulação de gestão de políticas públicas e o acesso a direitos.

Para tanto, o desafio reside em como realizar as ações profissionais a partir do projeto ético-político assumido pelo Serviço Social que, ao incorporar a concepção de Direitos e o acúmulo teórico-crítico da profissão, produziu muitos avanços no interior da categoria profissional, que, tendo o domínio da dimensão política, fez a opção por um projeto profissional de transformação, de conduta democrática voltada para a defesa intransigente dos direitos humanos (IAMAMOTO, 2001).

Frente a realidade sócio-econômica e política do país e a forma como ela está sendo instituída, deixando o social como apêndice do econômico e político, passa a exigir dos assistentes sociais a compreensão de que a luta contra as crises sociais, que implica em desemprego, na violência, na fome, no desabrigo, na falta de educação e saúde, como sendo necessária a retomada pelo Estado, do papel condutor e garantidor dos direitos sociais e não o papel de articulador do ajuste fiscal e reformas do Estado.

Trazendo a questão para a política de saúde é importante salientar a intervenção dos Assistentes Sociais nos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde.

O Código de Ética do Assistente Social (1993) apresenta alguns princípios fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde, como:

- “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”;



- “Posicionamento a favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”;
- “Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”;
- “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Cabe salientar que no cotidiano das relações nas instituições de saúde pertencentes aos SUS, muitos são os entraves encontrados que podem criar divergências entre o projeto profissional hegemônico da categoria e o trabalho efetivamente realizado pelos assistentes sociais, que acabam por prejudicar a articulação do trabalho profissional com os interesses e necessidades dos cidadãos, porém estes não devem se configurar como impedimentos.

Vasconcelos (2003, p.23), menciona alguns entraves e complicadores como:

- “as políticas focalistas do Estado Neoliberal, que exclui a maioria da população do acesso aos benefícios, rompendo com o que está inscrito na Constituição como direito, desta forma dificultam a crítica, a organização e o controle social”, principalmente no que se refere a saúde, a assistência social e previdência, dificultando a universalização dos direitos;
- “a ignorância por parte dos usuários e dos profissionais do que é garantido como direito do cidadão e dever do Estado”;
- “a fragmentação do direito do cidadão, levando a uma discussão do direito do indivíduo, não considerando as suas inter-relações”;
- “a incapacidade dos diversos atores sociais para trabalhar com o sofrimento, o choro, a perda (de vidas, da saúde, de bens materiais) induzindo os profissionais à compaixão,

apoio, ajuda, orientação, doação, cuidados tomados como fins em si mesmos, não se apercebendo da necessidade de resgatar a autonomia destes indivíduos”.

Tais entraves e complicadores levam a autora a afirmar que aos assistentes sociais que pretendem uma ação profissional que rompa com o conservadorismo que ainda é presente na profissão, é valorizar a liberdade como valor central, ter como princípio fundamental a democracia e o pluralismo e posicionar-se como profissional em favor da equidade e da justiça social.

Diante das constatações observadas, ao se apropriar da perspectiva teórico-metodológica e ético-política, os assistentes sociais estarão em consonância com a reconstrução do movimento da realidade, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, na busca de alternativas que venham de encontro com as necessidades dos usuários do SUS.

Neste sentido, será apresentado nos próximos itens deste capítulo a intervenção do Assistente Social no trabalho com Redes e as Ações Sócio-educativas, como alternativas para a consolidação do projeto ético-político da profissão na área da saúde.

### 3.2.1 A Intervenção Profissional e o Trabalho com Redes

O trabalho com redes sugere uma teia de relações, vínculos e ações entre indivíduos e organizações. Elas aparecem como necessárias nos campos da vida societária e estão presentes na vida cotidiana (nas relações de parentesco, nas relações de vizinhança, nas relações comunitárias), no mundo dos negócios, na vida pública e entre as mesmas.

O que explica a existência de múltiplas redes são as necessidades humano-sociais que colocam em movimento a busca de interação e formação de vínculos afetivos, de apoio mútuo, para empreendimentos sócio-econômicos, políticos ou culturais. Uma rede envolve



processos de circulação de conhecimentos, articulação, participação e cooperação entre os atores envolvidos (CARVALHO, 2005).

Somente a articulação e a combinação de ações entre as políticas intersetorial, entre as instituições que fazem parte da mesma rede e entre agentes sociais que será potencializado o desempenho da política pública, cuja proposta é tirar as ações do seu isolamento e assegurar uma intervenção agregadora, totalizante e includente.

Conforme Faleiros (2001, p.24),

É na relação de redes que se colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos na sua perda de poder para articulá-las em estruturas e movimentos de fortalecimento da cidadania, da identidade, da autonomia, [...]. A construção de redes é processual e dinâmica, envolvendo tanto a família, como amigos, os vizinhos, os companheiros de trabalho, como redes formais das organizações de saúde, de assistência, educação ou outras a partir dos sujeitos implicados.

A fragilização das políticas sociais, em especial das que fazem parte da Seguridade Social devido a política econômica ditada pelo projeto neoliberal, que provoca o afastamento do Estado de suas obrigações reais, acabam por repercutir negativamente na efetividade dos serviços de saúde, que não conseguem responder a necessidade de suas demandas. Este fato exige do assistente social a busca por alternativas para efetivação dos direitos de cidadania.

Segundo Miotto (2002, p.52,54), o trabalho com rede, apesar de não ser discutido no âmbito da profissão, sempre fez parte dos processos de trabalho dos assistentes sociais, porém a autora refere que a “discussão tende a se concentrar muito no seu componente empírico e pouco sobre as referências teóricas que lhe sustentam”.

Considerando o trabalho com redes uma das possibilidades para a prática profissional nas diversas políticas sociais e, principalmente, na política de saúde, devido a carência de recursos para o atendimento da demanda, que se torna crescente e diversificada dentro das instituições, se trará a discussão para enfatizar a importância deste para o atendimento na área de saúde, onde as dificuldades exigem uma inter-relação entre as instituições.



Existe a discussão do trabalho com Redes estar atrelada a crise do Estado de Bem – estar social, ao surgimento do Terceiro Setor e as transformações societárias, que ocorreram na estrutura demográfica, em decorrência do aumento da população idosa e a fragilização da vida familiar (divórcios, desemprego, famílias monoparentais), aumento da mobilidade da população, com concentração em centros urbanos. Desta maneira, com o afastamento do Estado há um apelo a sociedade civil para assumir este papel de proteção social, configurando no aparecimento das Organizações Sociais, Organizações não-governamentais e Organizações voluntárias, caracterizando o Terceiro setor (MIOTO, 2002).

As transformações ocorridas neste contexto ocasionaram o aumento do número de pessoas fragilizadas, por não conseguirem superar suas dificuldades no que se refere aos problemas de saúde, moradia, trabalho, e outros. Estas demandas aparecem como sendo de caráter individual (idosos, crianças, deficientes físicos, portadores de transtorno mental e outros) e são atendidas pelas Instituições de forma pontual, resultando no crescimento das demandas aos serviços e com isso os limites institucionais se tornam insuficientes para o atendimento.

Assim, o trabalho em rede é utilizado sob duas lógicas. Uma é utilizada com uma estratégia de intervenção necessária para responder as mais diversas demandas, na busca por encontrar soluções para as demandas fora dos serviços, através de um processo de delegação de responsabilidades, devido a desresponsabilização do Estado, neste sentido as redes primárias são supervalorizadas e o Terceiro Setor, sendo estas consideradas como redes de suporte social. A outra lógica se refere a requalificação dos processos interventivos dos setores responsáveis, que não podem ser guiados somente pela lógica burocrática, setorial e especializadas. Sendo as demandas decorrentes das transformações vivenciadas pela sociedade, atendidas de forma integrada e articulada utilizando os recursos disponíveis, a partir da “responsabilidade do Estado” (MIOTO, 2002, p.56).

Esta segunda lógica diz respeito as redes secundárias, pois os entraves burocráticos muitas vezes acabam por prejudicar o entendimento dos profissionais/funcionários quanto a questão do reconhecimento dos direitos do usuário e o acesso destes aos serviços.

Ainda de acordo com a autora acima (2002, p. 55), as redes são conceituadas da seguinte maneira:

A rede social é entendida como um conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas.

As redes primárias são consideradas como a encruzilhada da vida privada e pública e são formadas pelo conjunto de indivíduos que se relacionam a partir de laços afetivos.

As redes secundárias se definem a partir de instituições e são formadas pelo conjunto de pessoas reunidas em torno de uma mesma função, dentro de um marco institucionalizado.

A intervenção em redes não acontece desprovida de sentido político. Ela está direcionada para o alcance dos direitos de cidadania, com características puramente emancipatória, pois na falta de recursos institucionais as conexões e as inter-relações entre atores sociais e instituições contribuem para a efetivação dos direitos. Dentro dos marcos institucionalizados, muitas vezes, os recursos são insuficientes o que requer dos profissionais estratégias para o atendimento das demandas na garantia de seus direitos. No entanto, deve-se primar pela ampliação das redes secundárias de saúde que são de responsabilidade dos governos, na garantia de assegurar a saúde como direito Constitucional.

### 3.2.2 A Intervenção Profissional nos Processos Sócio-Assistenciais com Ações Sócio-Educativas

O projeto hegemônico baseado no Código de Ética do Assistente Social, de 1993, conduz a um caminho ético-político, no cotidiano profissional o grande desafio é manter os princípios éticos materializados, pois estes não podem estar deslocados do processo social. Este como valor ético central é subsídio principal para que o profissional tenha a liberdade



como valor fundamental, que implica na autonomia, emancipação e expansão dos indivíduos sociais, dando novos rumos a realização do trabalho profissional.

O profissional Assistente Social, neste sentido, prima pela defesa intransigente dos direitos humanos, recusando qualquer forma de autoritarismo, reafirmando e reforçando o compromisso com a cidadania, que exige a defesa dos direitos sociais e a defesa destes é uma das frentes de luta que move os assistentes sociais nas microações cotidianas que compõe o seu trabalho (IAMAMOTO, 2001, p.77,78).

Na busca pela construção de uma cultura pública democrática, onde a sociedade possa ter o poder de questionar e dividir responsabilidades o assistente social desempenha suas ações na gestão de políticas e programas, na socialização de informações, possibilitando canais que dão voz e poder decisório à sociedade civil permitindo uma visão crítica da ingerência das políticas públicas. Seja qual for a instância empregadora dos Assistentes Sociais, como as secretarias de governo, nos bairros na mobilização da população, entre outros, estes profissionais exercem o papel de educador político, envolvido com a política democrática ou um educador envolvido com a política dos “donos do poder”. (IAMAMOTO, 2001, p.79).

Este duplo papel de educador político corresponde a dois projetos que orientam a profissão segundo Iamamoto (1994, apud LIMA, 2004). O primeiro está baseado na concepção crítica/dialética que orienta as ações através de uma pedagogia emancipatória com vistas à efetivação de direitos. Já o segundo está baseado no conservadorismo histórico cuja ação profissional se orienta para o consenso/coerção. Assim, na primeira opção o profissional tem suas ações pautadas no projeto ético-político da profissão.

Considerando o campo de intervenção dos Assistentes Sociais as Políticas Sociais (a ação profissional deve ser definida como um conjunto de procedimentos, atos e atividades a serem realizados de forma responsável e consciente.) Neste sentido, considera-se que a ação

profissional contém tanto uma dimensão técnico-operativo, teórico-metodológica, quanto ético-política. Portanto, as ações profissionais estão voltadas para um determinado objeto, têm objetivos específicos, realizam-se através de diferentes instrumentos técnicos-operativos.)

Dentro dos Processos Sócio-Assistenciais, como um eixo de intervenção do assistente social, as ações estão orientadas para intervenção direta com os usuários e acontecem no contexto institucional, cujo processo interventivo realiza-se a partir de demandas singulares. Seu objetivo é contribuir para que junto com os usuários se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Neste processo integram-se além de outras categorias de ação, as ações sócio-educativas (MIOTO, 2003, *apud* LIMA, 2004).

As ações sócio-educativas têm sido desenvolvidas pelos assistentes sociais nas sociedades, no contexto histórico da profissão, como um marco da intervenção profissional, onde a profissão “se institucionaliza e se desenvolve na sociedade capitalista com ação de cunho sócio-educativo, inscrita no campo político ideológico, nos marcos das políticas sociais públicas e privadas”. (CARDOSO e MACIEL, 2000, p.142 *apud* LIMA.2004, p.63).

Tais ações estão voltadas para uma dimensão que não é material, uma vez que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e produzem efeitos reais na vida dos sujeitos, apesar de nem sempre os seus resultados se corporificarem como coisas materiais. As ações sócio-educativas tanto podem assumir um caráter disciplinador voltado para moldar o usuário em sua inserção institucional, na sua vida sócio-política cultural, como podem direcionar-se ao fortalecimento dos projetos e lutas da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2001).

Tradicionalmente a discussão das ações sócio-educativas tem se realizado através de referências da Pedagogia de Paulo Freire ou da noção de empoderamento (LIMA, 2004).

Neste sentido, o paradigma da correlação de forças, as mediações de poder, que aparecem como forma de opressão, discriminação e fragilização, implicam num compromisso



dos Assistentes Sociais com o fortalecimento do oprimido no processo de enfrentamento de sua fragilização, adotando-se “a práxis da política mais vantajosa para as classes e camadas populares”, sendo esta a proposta de empoderamento (FALEIROS, 2001, p.51).

Desta maneira Faleiros (2001) cita a perspectiva estrutural de Moreau (1993, p.2), que situa quatro dimensões para o empoderamento como “a defesa do usuário, a coletivização, a materialização dos problemas sociais e o fortalecimento do usuário”.

Ainda de acordo com o autor acima se considera que a defesa consiste na ajuda que se dá ao cliente na interação com as organizações burocráticas, como defesa dos seus direitos, apoio no desafio de regras estabelecidas, questionamento do saber profissional (por exemplo, médico), recusa de encaminhamento a determinada instituição considerada inadequada, encorajando a autodefesa.

Segundo o CFAS (1991), atualmente Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nos serviços de saúde, o Assistente Social como educador social, objetiva na relação com o usuário,

Engajar efetivamente a população usuária no processo saúde/enfermidade tornando-a um agente participante na Instituição e na Comunidade, através de um conjunto de ações, sejam estas individuais ou grupais, com a finalidade de reforçar ou substituir padrões, divulgar os conhecimentos adquiridos, garantindo real aproveitamento dos recursos existentes.

Neste sentido as ações sócio-educativas visam instrumentar o usuário a provocar mudanças na sua concepção sobre a saúde como direito e Serviço, para que este possa se perceber como sujeito de ter direito a um atendimento de qualidade e de ser co-responsável na resolução de seus problemas, que por sua vez, extrapolam o âmbito da doença. As ações sócio-educativas tendem a uma consciência reflexiva, permitindo ao usuário uma compreensão efetiva da sociedade onde vive, dos direitos que possui nesta sociedade e da possibilidade de coletivização de suas necessidades de modo a ampliar na esfera pública seus direitos.

## **4 AS POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE APOIO E ORIENTAÇÃO SOCIAL AO USUÁRIO DA DAME**

Neste capítulo será contextualizada a Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME) e o Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário dentro da política de saúde, local onde foi realizado o estágio curricular obrigatório. Assim será apresentada a experiência de estágio e a inserção do Serviço de Apoio e Orientação ao Usuário na dinâmica da Instituição, mostrando as demandas, os óbices e as possibilidades para a prática profissional neste Serviço, com análise baseada no conteúdo teórico do primeiro e segundo capítulos.

### **4.1 A Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME**

A Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME), local onde foi realizado o estágio curricular obrigatório, é uma Instituição pública de saúde subordinada a Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Ela está classificada, dentro do SUS, como sendo de nível secundário por prestar assistência em Média Complexidade (MC). Este nível de complexidade, segundo a (NOAS 01/02, p.4), “compreende um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país”.



A estrutura física de serviços que abriga a DAME foi inaugurada no dia 22 de novembro de 1973, pelo Presidente General Emílio Garrastazu Médici, sob a denominação de Posto de Assistência Médica (PAM) do INAMPS vinculado ao Governo Federal.

A iniciativa do Governo Federal em instituir a estrutura de Postos de Assistência Médica teve como propósito melhorar o serviço de assistência médica prestada a população por meio da concessão a essas Unidades, de maior autonomia, agilidade, abundância de recursos, ações básicas e especializadas.

No ano de 1991, os Postos de Assistência Médica do INAMPS foram estadualizados, ficando vinculados à SES. Em 1995, foram municipalizados, por meio de convênios estabelecidos com o SUS/SC, a exceção do Posto de Assistência Médica do município de Florianópolis, que passou a se chamar Policlínica de Referência Regional – (PRR), servindo de referência em assistência ambulatorial básica e especializada para todo o Estado (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA PRR, 2000).

Esta transformação ocorreu com base na Constituição Federal de 1988, art.198 e com a LOS Nº 8.080/90, que no seu art.7º, inciso IX refere sobre a,

Descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:  
com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Atualmente, a DAME, para dar cumprimento aos seus objetivos, possui uma estrutura formal e hierarquizada e organizam-se nos moldes da burocracia estabelecida pelo Estado.

Menegasso (2002, p. 108), assegura que a

[...] organização é conceituada como um conjunto de relações de ordem estrutural (direção, planejamento, operação e controle) que mantém uma empresa em funcionamento. Consiste num sistema por meio do qual se operacionalizam e coordenam os desempenhos pessoais.

Ainda, Menegasso (2002, p.109), comenta que

[...] burocracia requer que o comportamento de seus membros seja previsível, que todos se comportem de acordo com as regras e normas. Para conseguir eficiência, a burocracia precisa detalhar antecipadamente como deverão ocorrer as suas ações, daí por que ela necessita do planejamento e de estratégias. Assim todas as atividades são preestabelecidas e previstas, principalmente por meio de manuais, diretrizes de procedimentos, planos de rotinas de execução e de ocorrências.

Seguindo os princípios do SUS, a DAME tem como missão prestar serviços assistências de referência, em nível ambulatorial e especializado em média complexidade para todo cidadão, visando à promoção da qualidade de vida e saúde dos usuários do SUS, conforme as diretrizes gerais do modelo assistencial de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado.

A DAME tem como público alvo os usuários dos vinte e dois municípios da <sup>2</sup>18<sup>o</sup> Regional de Saúde e os usuários do Tratamento Fora Domicílio (TFD) dos 293 municípios do Estado.

Os usuários desta instituição têm como características a baixa ou média escolaridade, renda socioeconômica precária, em média 90% dos usuários não possui outro convênio de saúde, dependendo do SUS (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA DAME, 2004).

A DAME, como instituição ambulatorial de referência em média complexidade, possui os seguintes serviços:

- De radiodiagnóstico (Raio-X, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma);
- Laboratório de análises clínicas;
- Setor odontologia;
- Setor de Pequena Cirurgia;
- Ambulatório Especializado (contando com 14 especialidades médicas);

---

<sup>2</sup> 18<sup>o</sup> Regional de Saúde fazem parte os municípios: Florianópolis, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.



- Opera ainda serviços preconizados pelo Ministério da Saúde, como:
- Serviço de Referência em Doenças Crônicas (Hipertensão, Diabetes e Osteoporose);
- Centro de Referência para a 3ª Idade;
- Centro de Referência em Saúde do Adolescente;
- Programa de Controle e Tratamento da Tuberculose;
- Programa de Erradicação e Tratamento da Hanseníase;
- Serviço de infectologia HIV/AIDS;
- Programa de Planejamento Familiar e o de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e Mama.

Ressaltamos que os programas de hipertensão, diabetes, programa de controle e tratamento da tuberculose, programa de erradicação e tratamento da hanseníase, planejamento familiar e o de prevenção do câncer do colo de útero e de mama, deveriam estar sob a responsabilidade do município por serem de Atenção Básica Ampliada e serem oferecidos por este nível de governo. Possui ainda um Setor de Marcação de Consultas e Exames e o Setor de Prontuário Médico, entre outros setores ligados a gerência administrativa, que objetivam oferecer suporte para a operacionalização dos demais serviços.

#### **4.1.1 O Serviço Social na DAME**

O Serviço Social já existente na estrutura do PAM vinculado ao INAMPS com o processo de municipalização, ficou vinculado a Policlínica de Referência Regional (PRR), atual DAME, a partir do ano de 1991. A equipe com catorze Assistentes Sociais e 8 funcionários administrativos ficaram sob a responsabilidade da PRR, pertencente a SES.

Até o ano 1998, o Serviço Social possuía como objetivo atender toda a demanda da PRR, mantendo um plantão geral. Para tanto, eram implementados vários programas como:

ajuda supletiva (fornecimento de órteses e próteses), alimentação suplementar, leite especial, medicamentos, bem como eram concedidos outros benefícios como passes e passagens intermunicipais.

Com o processo de municipalização, reforçado pela implantação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, ocorreu o processo de descentralização e municipalização dos serviços de assistência social. Assim, muitas atividades foram repassadas para os municípios e para os centros de referência.

Juntamente com este processo, muitos profissionais da área saíram da Unidade em razão de aposentadorias e transferências para outras unidades.

Em 1998, o Serviço Social passou a ser subordinada a Diretoria de Assuntos Ambulatoriais (DIAM), atual Diretoria de Ações de Saúde (DISA), órgão subordinado a SES, funcionando no mesmo prédio da DAME. Este serviço continuou somente com o programa de Ajuda Supletiva e outros poucos benefícios (auxílio para transporte intermunicipal, medicamentos, etc), porém não possuía mais o atendimento de plantão geral.

A partir de 2002, a equipe ficou reduzida a quatro Assistentes Sociais e quatro funcionários administrativos, desenvolvendo somente o Programa de Ajuda Supletiva. Os benefícios oferecidos por este Programa serão executados pelos municípios, ficando este responsável pela supervisão e acompanhamento dos serviços de Ajuda Supletiva nos municípios.

Durante o período de transição do PAM para PRR e para DAME existiam e foram implantados programas voltados para as diversas demandas, todos contando com o profissional assistente social na formação das equipes. Porém, este profissional atuava em programas com temáticas específicas como o adolescente, o idoso, o hanseniano, o tísico, o portador de transtorno mental, etc.



Diante destas mudanças no contexto do Serviço Social dentro da Instituição, uma considerável demanda de usuários ficaram sem referência para o atendimento de suas carências. Entretanto, surgiu a necessidade da implantação de um Serviço para dar atendimento aos usuários que não estavam inseridos nos referidos programas implantados. Sendo implantado o Serviço que falaremos no próximo item.

#### 4.1.2 O Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME

Em maio de 2003, foi implantado o Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário, localizado no andar térreo e, posteriormente, no 1º andar- bloco J, funcionando com apenas uma assistente social no período matutino. O espaço físico é restrito a apenas uma sala.

Segundo Silva (2003), o referido Serviço foi implantado com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários aos serviços desta e de outras instituições de saúde, oferecendo apoio e orientação para que estes identifiquem os recursos e façam uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos. Pois, evidenciava-se a necessidade de responder as questões apresentadas relativas com o contexto atual da política de saúde como a falta de resolutividade das unidades básicas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, que afetam diretamente os usuários e a Instituição em geral. Neste sentido, a profissional assistente social que atua no Serviço prioriza o trabalho educativo no atendimento individual e o trabalho em rede.

O termo usuário utilizado neste Serviço significa de acordo com Vasconcelos (2003, p.237), “um sujeito titular de um direito, no caso a saúde, na possibilidade/gozo de seu direito”.

A demanda atendida neste serviço é advinda de demanda espontânea ou de encaminhamentos feitos por profissionais da unidade (médicos, enfermeiros, psicólogos e

nutricionistas, etc) e por funcionários (recepção, guardas de segurança, marcação de consultas, assessores ou gerentes da Instituição e assistentes sociais que realizam outras atividades geralmente relacionadas aos programas, no interior da própria unidade).

Este Serviço, dentro dos limites institucionais, procura garantir o atendimento de uma demanda crescente, com a intenção de dar resposta a agudização das tensões da política de saúde, cujos serviços são burocratizados, com insuficiência de consultas para as especialidades médicas e exames, principalmente, os de alto custo, aliados a estes fatores existem as deficiências na operacionalização das unidades básicas de saúde, que deixam os usuários sem o devido atendimento, produzindo um elevado nível de estresse em todos os envolvidos, e, conseqüentemente, produzindo a doença e não prevenindo e promovendo a saúde.

O atendimento realizado pelo assistente social neste Serviço busca a atender o indivíduo na sua totalidade. Não respondendo somente a sua demanda imediata, pois se constata que a causa de muitas doenças são reflexos das diversas privações que o indivíduo vivencia, incluindo as deficiências materiais e emocionais.

As demandas mais significativas deste Serviço são:

- Apoio e orientação;
- Inserção especial na rotina de marcação de consultas e exames;
- Viabilização de exames de alto custo;
- Conflitos familiares;
- Dependência química;
- Transtornos mentais;
- Conflitos institucionais entre profissionais/funcionários e usuários;
- Reclamações de outras instituições (Centros de Saúde e hospitais);
- Orientação para elaboração de requerimento para o Ministério Público;



- Orientações sobre benefícios previdenciários (INSS e LOAS) e
- Atendimento ao idoso e a criança.

#### **4.2 A Experiência de Estágio, a análise das demandas, os óbices e as possibilidades para a intervenção do Assistente Social no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário.**

A experiência de estágio ocorreu no período de 02 de agosto a 10 de dezembro de 2004, na DAME, mais especificamente no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário.

A partir das observações feitas no decorrer das duas semanas que antecederam o início do estágio, foi formulado o projeto de intervenção.

Observou-se que muitos usuários procuravam o Serviço em busca de apoio para enfrentarem as diversas situações estressantes como a falta de saúde, de recursos ofertados para o seu restabelecimento, as faltas materiais e a necessidade de serem ouvidos e receberem atenção.

De acordo com Lacerda (2003, p.174 *apud* SCHEMES, 2004, p.33),

[...] o apoio social fornecido através dos relacionamentos sociais ajuda os sujeitos a terem maior controle das situações estressantes e a enfrentarem melhor as adversidades da vida, com benefícios à saúde física e mental conforme diversos estudos.

Verificou-se, também a procura por orientações diversas, tanto no que se referia a própria DAME e a outros, como os centros de saúde, clínicas credenciadas, hospitais e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Tal fato foi avaliado como sendo a indisponibilidade de profissionais e funcionários em cumprirem com suas obrigações ou atenderem com a devida atenção e de forma correta os usuários. Verificou-se que muitas questões poderiam ser resolvidas sem a intervenção do Serviço Social, que possui somente um profissional para atender a demanda, sendo um dos óbices a falta de pessoal, neste Serviço.

Constatou-se que muitos usuários, na busca da resolução para seus problemas de saúde, ainda reconhecem o direito a saúde condicionado a contribuição da Previdência, ou como sendo esta ofertada gratuitamente pelo Governo, quando chegam com a postura de pedir como favor. Estes, geralmente, aceitam as respostas negativas das instituições sem sequer questioná-las e recorrem ao Serviço Social para pedir ajuda como último recurso, não entendendo também o real papel do Assistente Social.

Diante do exposto traçou-se como primeiro objetivo para a intervenção do estágio, o trabalho educativo a partir das ações sócio-educativas. Objetivando atingir principalmente os usuários e estendendo aos funcionários e profissionais desta e de outras instituições. Foram realizados muitos contatos telefônicos para esclarecer as diversas queixas trazidas pelos usuários, no sentido de trocar informações e orientações entre as instituições e enfatizar a questão do direito a saúde como responsabilidade de todos os que trabalham nesta área.

Os instrumentos utilizados para concretizar este objetivo foram:

- Entrevista Individual, onde buscou-se a reflexão do usuário sobre as questões apresentadas na relação saúde-doença, com o propósito de emancipá-lo e para que ele reflita sobre as situações vivenciadas e consiga enfrentar os obstáculos;
- Palestras em sala de espera com temas referentes as leis da saúde, o financiamento do SUS, os direitos do paciente, a municipalização dos serviços, a competência das unidades de saúde (em níveis primários, secundários e terciários), o controle social através dos Conselhos Locais, Ministério Público, Ouvidoria de Saúde e outras que foram solicitados conforme a necessidade da demanda;
- Elaboração de material educativo, como a elaboração de cartazes a respeito dos direitos do paciente, baseado na cartilha elaborada pela Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa e sobre as leis da Saúde; elaboração de folderes sobre o funcionamento do SUS e



sobre o Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário, enfatizando alguns aspectos do serviço social como profissão.

O CFAS (1990), atualmente CFESS, registra que

O Assistente Social como profissional de saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos sócios- culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, que seja no nível de promoção, proteção, prevenção e/ou recuperação da saúde.

As dificuldades explicitadas pelos usuários para o acesso aos serviços, caracterizam a falta de integralidade no atendimento do Sistema Único de Saúde, cujas queixas freqüentes de usuários são as dificuldades de marcar consultas básicas (clínica geral, ginecologia e pediatria) e as consultas de média complexidade, marcação de exames e a obtenção de medicamentos básicos. Tais demandas acabam por chegar a este Serviço agravando as possibilidades para se responder as questões apresentadas, devido as limitações Institucionais, sendo também um dos agravantes o não conhecimento por parte dos usuários das competências das unidades básicas.

Como possibilidade para atender as demandas foi traçado o segundo objetivo, a ampliação do trabalho com Redes, que propiciava dar respostas às questões apresentadas.

A questão da integralidade como uma das diretrizes do SUS, nos dias atuais tem sido uma constante contradição, devido a dificuldade que os usuários encontram para obter o acesso aos serviços de saúde e dar continuidade ao tratamento. A prevenção acontece de forma deficitária, levando o indivíduo a adoecer e a procurar assistência em outros níveis de atendimento, nos ambulatórios especializados e emergências hospitalares. Assim percebeu-se como a lógica do Sistema funciona de forma incorreta.

De acordo com (MATTOS, 2001, p.42, *apud* SCHEMES,2004, P.18),

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objeto”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis.

Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e mais solidária.

Locks (2002), alega que se as unidades consideradas porta de entrada do sistema não estão cumprindo seu papel de prover o acesso igualitário às consultas básicas, os usuários do SUS como alternativas, buscam para ter seu problema resolvido, os outros níveis de atenção mais complexos no próprio SUS. Este fato resulta em sobrecarga do nível secundário (ambulatório especializado) e terciário (hospitais), como recorrem também a serviços privados ou a outras terapias (farmácias, ou remédios caseiros).

O trabalho com Redes, tanto as primárias como principalmente as secundárias fizeram-se necessário em decorrência do aumento das demandas ao Serviço, uma vez que a direção desta Instituição não conseguia resolver os problemas como, a falta de profissionais especialistas, vagas para exames diversos, entre outros.

Assim, fez-se através de contato telefônico, um levantamento dos ambulatórios hospitalares com atendimento nas especialidades mais problemáticas nesta Instituição, como neurologia, endocrinologia e reumatologia, e, ainda buscou-se contato com as unidades que realizavam os exames de endoscopia digestiva e ultrassonografia dentro de unidades hospitalares.

Dando continuidade, localizamos o endereço de todos os serviços que atendem saúde mental no Estado e fizemos contato com alguns Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras instituições que atendem dependência química em regime ambulatorial, grupos de apoio, fazendas terapêuticas e hospitais especializados nesta temática.

Procurou-se, também, serviços que oferecessem atendimento psicológico e de terapia familiar, onde encontramos algumas dificuldades. Verificou-se que não há empenho dos gestores na contratação de psicólogos e assistentes sociais em número suficiente para atender nas unidades de saúde. Nas unidades básicas de Florianópolis, dos mais de quarenta Centros de Saúde, somente oito possuem o profissional psicólogo e o profissional assistente social e



alguns contratados estão atuando em nível central e outros em equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Os outros municípios contatados, para a nossa surpresa, não encontramos o assistente social inserido nas equipes de saúde.

Na seqüência serão apresentados os gráficos com os seguintes dados: a demanda do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário por categoria sexo, faixa etária e procedência. Estes serão apresentados para caracterizar a demanda, porém, não serão analisados, sendo o último gráfico apresentado com os tipos de demandas do serviço, o alvo a ser analisado. Quando serão analisadas as demandas, os óbices e as possibilidades para intervenção profissional no referido Serviço.

O gráfico 1 abaixo representa dentro de uma amostragem de duzentos Registros de Atendimentos realizados no período de 02/08 a 10/12/04, a demanda de usuários atendidos por categoria de sexo.

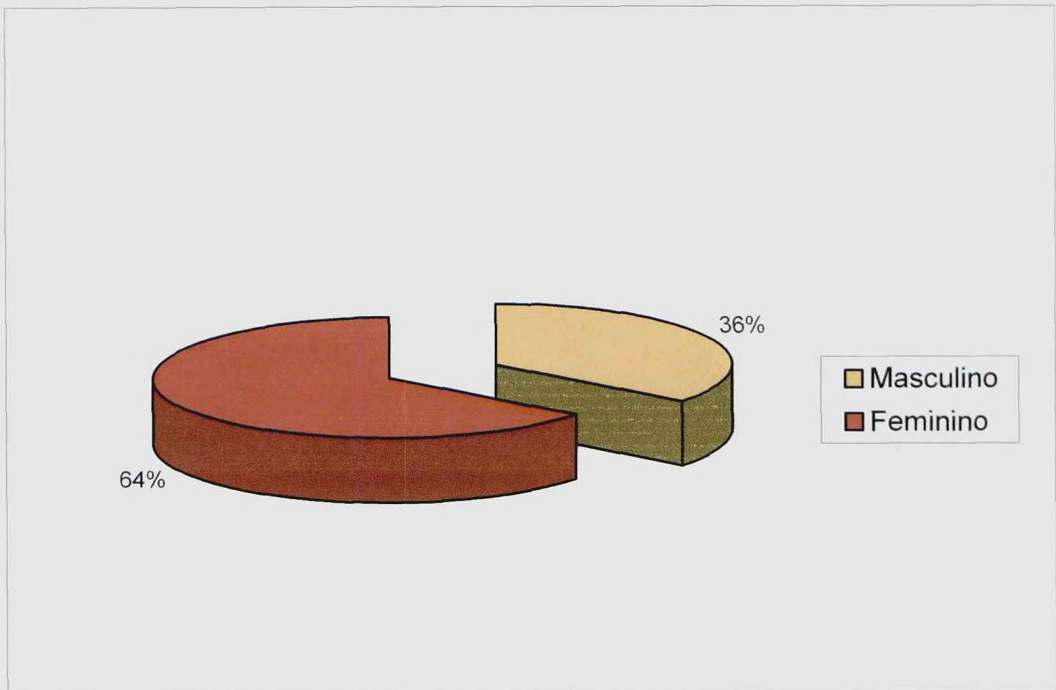


Gráfico 1 - Demanda do usuário do Serviço de Apoio e Orientação Social da DAME por sexo.

O gráfico 2 abaixo representa dentro de uma amostragem de duzentos Registros de Atendimentos realizados no período de 02/08 a 10/12/04, a demanda de usuários por faixa etária.

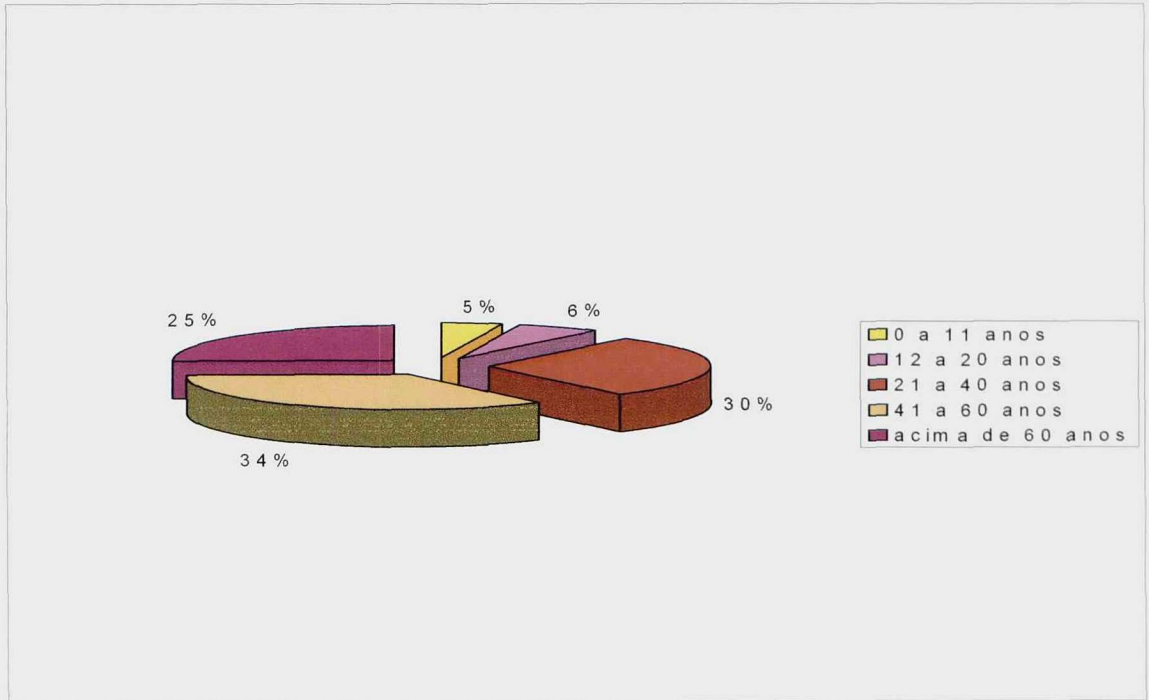


Gráfico 2 - Demanda do usuário do Serviço de Apoio e Orientação Social da DAME por faixa etária.

O gráfico 3 abaixo representa dentro de uma amostragem de duzentos Registros de Atendimentos realizados no período de 02/08 a 10/12/04, a demanda de usuários por município de procedência.



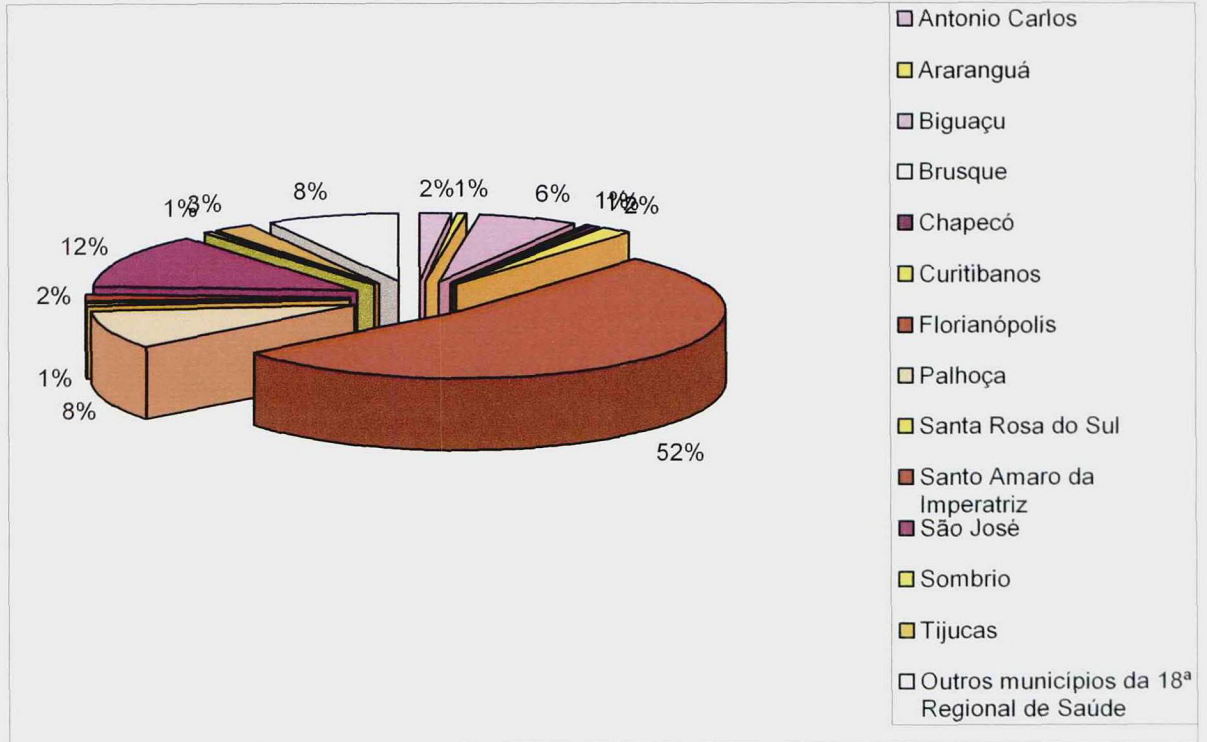


Gráfico 3 - Demanda de Usuário do Serviço de Apoio e Orientação Social da DAME por município de Procedência.

O gráfico 4 abaixo representa dentro de uma amostragem de duzentos Registros de Atendimentos do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME, os tipos de demandas, no período de 02/08 a 10/12/2004.

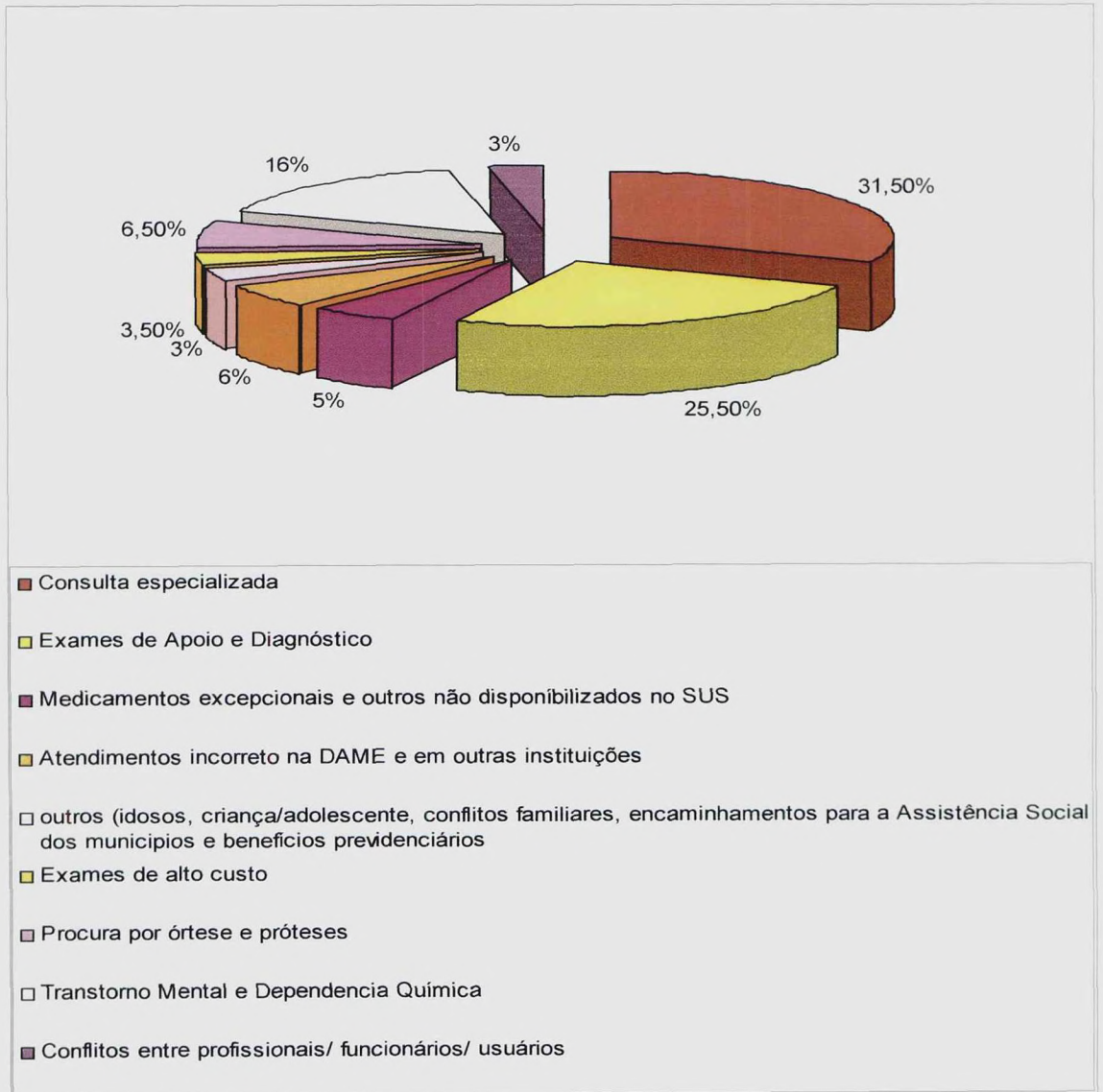


Gráfico 4 – Tipos de demandas atendidas no Serviço de Apoio e orientação social ao usuário da DAME - Período 02/08 a 10/12/2004

Para facilitar a leitura da análise do gráfico acima, as demandas serão apresentadas em separado:

### **Consultas Especializadas**

Considerou-se uma das demandas mais expressivas, com 31,5% dos atendimentos realizados pelo serviço, enfatizando as de neurologia, endocrinologia e reumatologia. Tal situação se reflete na baixa oferta destas para o atendimento a que a DAME se propõe como



sendo de referência para a 18 Regional de Saúde e para os municípios do TFD. O número de profissionais especialistas é insuficiente, devido a falta de contratação, concurso público e aos afastamentos por licenças de saúde. Para suprir estas faltas, uma estratégia utilizada é o credenciamento de médicos especialistas. Embora, muitas vezes estes não se mostram comprometidos com o atendimento e permanecem por pouco tempo na Instituição, já que preferem trabalhar no nível terciário (hospitais), mesmo nos ambulatórios por conta do recebimento de <sup>3</sup>pró-labore. Outro agravante é o não funcionamento da <sup>4</sup>referência e contra-referência preconizada na NOAS 01/02. Alguns profissionais desconhecem a contra-referência para as unidades básicas para dar continuidade ao tratamento e, ainda, a própria resistência dos usuários.

Observou-se uma duplicidade de ações, devido a grande maioria dos hospitais públicos possuírem ambulatórios. A prioridade deveria ser dada a consultas, tratamentos e/ou atendimentos em nível secundário. Este se propõe além de fazer a parte curativa, acompanhar o usuário na prevenção e controle dos agravos. Aos hospitais deveriam ser encaminhados os casos de maior complexidade, que não podem ser resolvidos em nível secundário. Diante desta constatação, percebe-se que não há incentivo por parte do gestor estadual em manter o bom funcionamento da DAME.

O Assistente Social busca, junto ao setor de Marcação de Consultas da Instituição ou de outra instituição, a inserção do usuário fora das normas estabelecidas, em razão do caráter de urgência, para garantir um direito que está assegurado por lei.

Tal fato configurou-se nas exigências do projeto de saúde neoliberal, onde atua-se com critérios de seletividade, dentro de uma política que têm como princípio a universalidade de acesso, só que não garante os serviços em quantidade e qualidade suficientes.

---

<sup>3</sup> Pró-labore: Pagamento por serviços prestados, além da remuneração paga ao profissional por seu contrato de trabalho.

<sup>4</sup> Referência: Encaminhamento do usuário, pela rede de atendimento, ao serviço de saúde não disponível na unidade de origem, seja ela básica, média ou alta complexidade.

Contra- Referência: Retorno do usuário para continuidade do tratamento à unidade de origem.

**Exames de Apoio e diagnóstico:**

A demanda por marcação de exames de apoio e diagnóstico, principalmente os exames de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Ultrassonografia (USG), representam a segunda demanda mais expressiva, com 25,5%. A DAME não possui os aparelhos para a realização dos exames, e o número disponibilizado, por dia, na marcação de consultas, chega a ser de uma vaga para toda a demanda que procura o exame de EDA. Para os exames de USG, as vagas disponíveis são extremamente insuficientes. Nas unidades básicas, os usuários relataram que, esperaram mais de cinco meses para conseguir a marcação, e, ainda não consideram os exames que são solicitados com urgência.

Tais exames são realizados por Clínicas conveniadas ou contratadas pela SES, e o atendimento sofre variações devido a problemas como a suspensão de contratos entre outros. Neste caso, buscou-se o trabalho em Redes, utilizando as vagas disponíveis da Unidade de Pacientes Externos (UPE) dos Hospitais Florianópolis e Governador Celso Ramos. A estratégia usada foi a insistência em fazer com que os responsáveis das unidades compreendessem a necessidade, a partir da denúncia de um usuário que no Hospital Florianópolis haviam vagas sobrando.

Diante das negativas para o atendimento dos usuários, o trabalho educativo é considerado como primordial, pois a partir das orientações sobre os direitos que os mesmos possuem, eles passam a reivindicá-los com conhecimento.

Notou-se, que o critério de equidade não está sendo aplicado, predominando a burocracia em detrimento ao sofrimento dos usuários que esperam muito tempo para realizar o exame e após retornarem ao especialista e obterem o tratamento. Enquanto sobram vagas em uma unidade, em outras a falta é acentuada.

**Exames de Alto Custo:**



Os exames de <sup>5</sup>Alto Custo (Tomografia, ressonância magnética e outros não disponibilizados pelo SUS) representaram 3,5% da demanda atendida. A procura, seja pela falta de vagas ou demora na realização, além da grande burocracia para solicitação acarretam aos usuários e profissionais um elevado grau de stress. No segundo semestre de 2004, a SES iniciou um mutirão para atender a demanda reprimida, através de convênios com clínicas privadas.

Verificou-se a angústia dos usuários em não conseguirem realizar os exames e muitos relataram, que o médico solicita o retorno à consulta somente com o exame feito, sendo que aos usuários, restá-lhes lidarem com a dor física e emocional.

Constatou-se que, devido aos avanços tecnológicos, a medicina cada vez mais se utiliza destes exames para realizar o diagnóstico. Porém, alguns usuários reclamam que não são “tocados” (examinados) pelos médicos e ficam revoltados por não conseguirem conviver com as dores.

A Assistente Social têm que lidar com a angústia dos usuários e até buscar a reflexão quanto a necessidade de realizar o exame, esclarecendo sobre os direitos e como devem proceder procurando o Ministério Público ou a Ouvidoria da Saúde para pressionarem os gestores a tomar as devidas providências.

### **Medicamentos excepcionais e outros não disponibilizados pelo SUS**

A procura por medicamentos excepcionais e outros não disponibilizados pelo SUS, figuraram 5% dos atendimentos. Estes possuem um valor monetário elevado e extrema burocracia para a solicitação, são preenchidos de dois a quatro formulários somente pelo médico e devem ser renovados a cada três meses. Tal fato gera desconforto aos usuários

---

<sup>5</sup>Agendamento e realização de exames de Alto Custo: Devem ser requisitados em formulários com duas vias, com preenchimento de várias lacunas e depois de agendados nos setores de alto custo dos referidos municípios, que por sua vez ao possuírem cotas limitadas por mês, remetem ao setor de alto custo do Estado para autorização.

diante das queixas dos profissionais, que agem como se estivessem fazendo um favor. No caso de outros medicamentos não fornecidos pelo SUS, o caminho recomendado é o retorno ao especialista, para ver a possibilidade de substituição. No caso da confirmação do receituário pelo médico, o usuário é encaminhado ao Ministério Público, com um formulário preenchido no Serviço, atestando a negativa do fornecimento pelo SUS.

Podemos verificar que muitas vezes até mesmo os medicamentos básicos que deveriam ser fornecidos, principalmente os de uso continuado não são encontrados nas unidades básicas de saúde, mesmo sendo citado no Art.6, inciso I, alínea d, da Lei 8080/90, “que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”.

#### **Transtornos Mentais e Dependência Química:**

Outra demanda significativa do Serviço esteve relacionada à saúde mental, que representou 16% dos atendimentos. Os problemas de dependência química, depressão e outros transtornos, mesmo após a reforma psiquiátrica, não estão recebendo a devida atenção. A falta de psicólogos nesta Instituição como em outras é questionável, pois é crescente o número de indivíduos que, por diversas carências, (materiais e psicológicas) acabam por necessitar do trabalho deles e de outros profissionais. A maioria dos CAPS existentes no Estado, como os de Florianópolis não possuem atendimento para dependência química. Salienta-se que o existente nesta Instituição foi desativado há três anos, após portaria ministerial que o desvinculou do CAPS para outros transtornos mentais e até o momento nenhuma providência foi tomada pela Coordenação de Saúde Mental do Estado. O trabalho em rede fez-se necessário e procurou-se a única Instituição pública que oferece este atendimento em nível ambulatorial, o Serviço de Atendimento as Necessidades Psicossociais (SANPS) vinculado ao



Centro de Ciências da Saúde da UFSC. Os demais serviços que localizamos referem-se a fazendas terapêuticas, na maioria privadas, onde o usuário deve pagar pelo tratamento.

Uma outra alternativa de tratamento que foi encontrado em regime semi-aberto para os casos de dependência química foi no Hospital Santa Tereza, que possui 40 leitos. Os demais hospitais públicos e privados apresentam um número limitado de leitos para este tipo de tratamento.

A busca pela ampliação do trabalho em rede foi necessária para dar resposta a esta demanda. A internação em hospitais psiquiátricos deve ser um dos últimos recursos utilizados, pois sabe-se que o dependente químico e os que possuem outros transtornos mentais necessitam de outras alternativas de tratamento.

#### **Atendimento Incorreto da DAME e de outras Instituições**

As demandas que trouxeram queixas sobre a falta de atendimento ou atendimento incorreto foi de 6%. A falta de atendimento adequado nas unidades básicas de saúde, o fornecimento truncado de informações, a marcação incorreta de consultas, a falta de medicamentos básicos, a demora na marcação de consultas e exames considerados mais urgentes, as queixas de erro médico cometido em outros hospitais, apareceram como demanda neste Serviço. Além das queixas verificadas na própria Instituição como as falhas na marcação de consultas e a não comunicação da falta dos profissionais ao serviço, que acabam por provocar grande revolta nos usuários que viajam horas, muitas vezes, durante a madrugada quando dependem da condução fornecida pelas prefeituras. Para as unidades básicas, muitos contatos telefônicos foram realizados para cobrar as responsabilidades para com os usuários. Realizou-se contatos com as Coordenadoras das Regionais de Saúde de Florianópolis e com os Coordenadores das unidades básicas, a fim de passar orientações sobre esta Instituição, pois observou-se com frequência o desconhecimento, desinteresse, e muitos

desencontros de informações que prejudicam o usuário. Tal fato mostrou a falta de comunicação entre as unidades.

Um fato que chamou a atenção foi à falta de participação dos usuários nos conselhos locais/comunitários para reivindicarem melhorias no atendimento. Estes permanecem na individualidade, não entendendo a necessidade de coletivizar as demandas.

Percebeu-se também, que não existe um processo de treinamento permanente dos trabalhadores de saúde e o incentivo para o trabalho em equipe. Estes não parecem estar conectados aos princípios do SUS, quando naturalizam toda a precariedade que perpassa o cotidiano das Instituições. Evidenciou-se a falta de conhecimento com relação as mudanças que acompanham a construção do Sistema de Saúde.

Neste sentido, o trabalho educativo foi importante, quando nos contatos telefônicos foram provocadas reflexões.

Quanto as queixas de erro médico, os usuários foram orientados a procurarem o Conselho Regional de Medicina e/ou a justiça comum. Percebeu-se que, nas unidades hospitalares, os usuários não têm vez e nem voz. É urgente que a Política de Humanização seja colocada em prática, quando os usuários relatam não serem encaminhados para o Serviço Social dos referidos hospitais. A ausência deste atendimento nas demais Instituições, acaba por gerar uma demanda expressiva a este Serviço.

As queixas e reclamações referentes a esta DAME foram realizadas pelos usuários, através de Boletim de Reclamação e Ocorrência (BRO) e encaminhados para a direção ou através da ouvidoria de saúde. Esta é considerada uma das maneiras de fortalecer o usuário, quando consegue expressar suas angústias e revoltas pelas insatisfações sentidas. Entendeu-se que muitas questões, receberam a devida atenção e resposta por parte desta Instituição, como a maior atenção nas marcações de consultas e na comunicação aos usuários quando do afastamento dos profissionais que possuem agendas.



**Conflitos entre profissionais/funcionários/ usuários:**

A mediação dos conflitos institucionais entre profissionais e usuários representou 3% dos atendimentos, este será retomado em separado das demais queixas já citadas, por se considerar necessário algumas reflexões. Os próprios profissionais e funcionários, como trabalhadores da área de saúde, devem ser entendidos como peças fundamentais neste Sistema. Porém, o que se evidencia são pessoas com distúrbios diversos, às vezes mais doentes que os próprios usuários, não querendo justificar os fatos ocorridos, mas convém lembrar que, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade no que diz respeito a formulação das políticas voltadas para formação, gestão e desenvolvimento do trabalho em saúde, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (MANUAL DA 12ª CNS, 2003). No entanto, a deficiência de recursos humanos e o número de profissionais que apresentam problemas de saúde, se afastando por longos períodos, repercute no atendimento do usuário, que deveriam ser o Centro deste Sistema. Porém estes passam a ser o elo mais fraco no triângulo de relações entre profissionais, instituição e usuários. Algumas situações ocorridas entre médicos e pacientes revelam a falta de um adequado gerenciamento na Instituição. Neste sentido, os problemas são atendidos pelo Serviço Social e encaminhados por escrito (feito pelos usuários) para a direção da Instituição ou outros, caso necessário.

**Procura por Órteses e Próteses:**

A demanda por procura de órteses e próteses configurou-se em 6,5% dos atendimentos. O Serviço de Ajuda Supletiva que funciona no espaço físico desta Instituição, é responsável por alguns destes benefícios, exceto as próteses para membros inferiores e superiores. Pela falta de conhecimento dos recepcionistas da Instituição, muitos usuários que

procuram este Serviço, acabam não sendo encaminhados corretamente. Estes benefícios são de responsabilidade das Secretarias de Assistência Social dos municípios, embasados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), enquanto alguns municípios não assumem esta responsabilidade, o Serviço de Ajuda Supletiva cumpre tal papel. As próteses e órteses para membros inferiores e superiores são fornecidas pelo Centro de Reabilitação Santa Catarina (ASCR). Estes benefícios sofrem flutuações constantes no fornecimento, sendo necessário para alguns casos, o encaminhamento ao Ministério Público.

O processo de municipalização caracterizando a descentralização das políticas públicas, tem como objetivo conhecer e atender, com maior legitimidade e realismo as decisões, com melhores respostas às demandas da população. No entanto, o que vem ocorrendo são queixas sucessivas de falta e ineficiência de recursos, devido a falta de repasse das verbas pelo governo estadual e federal ou, ainda, a falta de gerenciamento adequado por parte dos gestores.

A SES implantou, em 2003, 29 (vinte e nove) Secretarias Regionais de Saúde, com a intenção de concretizar os princípios do SUS, principalmente, no que se refere a integralidade e equidade.

**Outros (idosos, crianças/adolescente, conflitos familiares, encaminhamentos para Divisão de Assistência e orientação sobre benefícios previdenciários):**

A última demanda a ser analisada representou 3% dos atendimentos, incluindo atendimento a criança e adolescente, idoso e orientações sobre benefícios do INSS, da LOAS e conflitos familiares.

O atendimento a crianças com distúrbios de comportamento como hiperatividade, depressão e transtornos mentais são pouco priorizados. O Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-I) foi implantado recentemente e não possui uma equipe adequada para o



atendimento da demanda. No Hospital Infantil Joana de Gusmão existe somente uma profissional que atende estas patologias, o que dificulta o acesso através da marcação de consultas dos municípios.

Diante destes casos percebeu-se o grande descaso dos gestores, já que muitas crianças que hoje não são tratadas, no futuro serão estigmatizadas. Além de não serem bem aceitas nas escolas, pois os relatos feitos constataam que as instituições de ensino não possuem profissionais preparados para lidarem com determinados problemas como os citados. Neste caso é reservado ao Assistente Social buscar alternativas para aliviar as tensões que afligem as famílias.

Em relação aos adolescentes, todos os atendidos foram encaminhados para o Centro de Referência para a Saúde do Adolescente da DAME.

Quanto ao idoso, principalmente o acamado, recebeu-se alguns familiares com solicitação de cama hospitalar, alimentação especial e fornecimento de fraldas geriátricas e sonda vesical. Foi possível entrar em contato com o responsável do Programa Saúde da Família dos municípios a fim de cobrar a responsabilidade pelo atendimento destes casos. Na DAME, existe o Centro de Referência para a Terceira Idade, implantado há quatro anos, porém, os critérios rígidos para o acesso dos idosos e a falta de integração da equipe existente, representam-se em entraves para o seu acesso. Muitos idosos que foram atendidos neste Serviço, deveriam ser acompanhados no referido Centro de Referência.

Historicamente, as políticas de saúde estiveram voltadas para a criação e extinção de órgãos ou a permanência de alguns que não se configuraram em respostas eficientes para a população e nos dias atuais, ainda pode-se evidenciar tal situação.

Com referências às orientações sobre benefícios do INSS e LOAS, verificou-se, diante de alguns casos, a falta de humanização no atendimento nos órgãos do INSS e o excesso de burocracia, fizeram com que alguns usuários, ao saírem do INSS procurassem este Serviço.

Quanto aos atendimentos da demanda por motivo de conflitos familiares, o acolhimento foi realizado por este serviço e foram feitos alguns encaminhamentos. As instituições não estão preparadas para atender as famílias na sua totalidade, geralmente trabalham com o indivíduo que expressa algum tipo de sofrimento ou problema.

Neste sentido, a intervenção do assistente social deve estar voltada para a identificação das dificuldades familiares, as possibilidades de mudanças e todos os recursos, tanto da família como os do meio social, que possam contribuir para que as famílias “consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida” (MIOTO, 2000, p.222).

Para viabilizar aos usuários todos os recursos institucionais de saúde disponível na rede, o assistente social e os outros profissionais da saúde devem ser conhecedores das políticas públicas e acima de tudo, devem priorizar o trabalho educativo, com a intenção de disseminar e trocar conhecimentos, no sentido de emancipar o usuário. Esta troca desperta a reflexão sobre a construção e as contradições do Sistema. Pois se a saúde é considerada como direito e dever do Estado e estando esta atrelada a vários fatores, é imprescindível buscar a integração destas políticas. Considerou-se ser este um dever de todos os profissionais que partilhem das idéias da reforma sanitária e que possuam o desejo de construir um mundo com uma verdadeira democracia e justiça social.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo realizado sobre a política de saúde no Brasil, a trajetória do Serviço Social dentro dessa política e a atual conjuntura que permeia a intervenção do Assistente Social nessa política, algumas considerações serão feitas.

Do início do Século XX aos anos 80, as ações e políticas de saúde instituíram modelos que não garantiram a saúde para todos como direito de cidadania e dever do Estado.

As políticas foram concretizadas no embate político e econômico de cada época sendo alvo de contradições, manipulações e lucratividade do setor privado em detrimento do setor público. A prática médica de caráter curativa e individual foi predominante, relegando a segundo plano as ações de promoção e prevenção o que enfatiza a doença e não a saúde.

Somente em meados da década de 80, foram concretizadas as propostas do movimento sanitário que surgiu nos anos 70, em função do cenário caótico das políticas de saúde existentes, que eram discriminatórias e excludentes. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde novos rumos foram dados para a saúde no Brasil, pois a Constituição Federal de 88, dispôs de 5 (cinco) capítulos especiais para as políticas de Saúde, conformando o SUS através das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Este feito constitucional e as leis aprovadas representam o mais profundo elo de esperança para uma população que não possuía a saúde como direito e como dever do Estado. Alguns princípios e diretrizes foram estabelecidos como a universalidade de acesso, a equidade e a integralidade de ações. Outros princípios organizativos foram preconizados, como a descentralização dos serviços e ações entre os níveis de governo, a regionalização e hierarquização, a participação dos cidadãos na gestão do sistema e a complementariedade do setor privado.

O Serviço Social surgiu como profissão no Brasil na década de 30 e esteve inserido na política de saúde, conduzindo suas ações dentro do tradicionalismo conservador histórico da profissão que se adequava aos momentos por que passava a política de saúde no Brasil. Na década de 80, juntamente com a crise do Estado brasileiro e a falência da atenção a saúde, o Serviço Social passa por um processo interno de revisão, de negação e ruptura com o Serviço Social tradicional e uma nova direção é dada a profissão a partir daí.

Já na década de 90, alguns avanços foram evidenciados como o novo Código de Ética profissional, de 1993, a regulamentação da profissão, através da lei nº8662/93, aliadas aos movimentos realizados pelas entidades representativas da profissão, o projeto hegemônico ético-político da profissão foi legitimado.

Na área da saúde, no que se refere a prática institucional, não aconteceram mudanças significativas, devido a este período ser marcado pela consolidação do projeto político-econômico neoliberal no Brasil, quando este se confronta com o projeto hegemônico do Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária.

Neste embate, diante de uma realidade adversa, o Serviço Social, como executor final das políticas sociais dentro das instituições de saúde, têm no cotidiano de sua prática muitos entraves a enfrentar como a racionalização na oferta de serviços, a precária operacionalização dos serviços executadas pelas unidades de saúde em geral, a descentralização dos serviços para os municípios que ainda não se concretizou como deveria, já que diariamente assistimos ao fenômeno da “ambulâncioterapia” (quando os usuários são deslocados de seus municípios de origem em busca de atendimento de saúde nas cidades de referência ou capitais que possuem os recursos, passando várias horas dentro de ambulâncias).

Com o projeto neoliberal, a saúde passa a ser alvo de privatizações dos serviços. Na verdade, passa a ser direcionada pela lógica do mercado, ficando para o Estado a incumbência de garantir o mínimo para grande parte da população, os que não podem pagar pelos serviços



privados, ficando para o setor privado o atendimento dos cidadãos que possuem poder aquisitivo.

As políticas sociais oferecidas pelo governo são focalistas, sem integração, provocando a fragmentação dos direitos. Tal fato contribui para o enfraquecimento e a despolitização da população, o que resulta no mais puro conformismo por parte dos usuários que não conseguem ter vez e voz diante das injustiças e precariedade dos serviços e dos próprios profissionais que passam a não acreditar nas políticas públicas.

Aos gestores, cabe-lhes a desculpa pelo insuficiente orçamento destinado a área da saúde e ao projeto neoliberal gerador das crises econômicas no país.

Mesmo tentando entender o SUS como um processo em construção, já se passaram 14 (catorze) anos, e as fortes mazelas históricas continuam a refletir no que foi preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, pela VIII Conferência de Saúde, Constituição Federal de 88 e as leis 8.080 e 8.142.

Diante deste contexto, a intervenção do Assistente Social nas instituições de saúde é marcada por sérias contradições, onde enfrenta dificuldades para viabilizar os direitos de saúde para todos, muitas vezes tendo que utilizar os critérios de seletividade quando estamos tratando de uma política que prega a universalidade de acesso.

Por outro lado, um forte confronto surge entre projeto hegemônico do Serviço Social e a atual conjuntura. Sendo necessário que os profissionais estejam conectados ao projeto teórico-metodológico e ético-político para que alcancem com suas ações o atendimento desejado pela população, a defesa intransigente dos direitos humanos.

Diante do estudo realizado neste trabalho, considerou-se que o cotidiano da prática profissional do Assistente Social, na atual conjuntura, deve primar pela a intervenção com as ações sócio-educativas, pois não se pode ficar somente viabilizando os recursos ou buscando orientar os usuários às normas institucionais, sem provocarmos a reflexão destes quanto às

contradições e as precariedades do Sistema de Saúde e deste com a atual realidade social, política e econômica do país. Precisam-se usar meios para emancipar os indivíduos, informando-os sobre os seus direitos, sobre o funcionamento e financiamento do sistema, sobre a responsabilidade dos gestores e das unidades de saúde. Só assim estes poderão reivindicar os seus direitos com conhecimento, e com consciência das mudanças necessárias para a defesa dos seus direitos de cidadania.

Para enfatizar a importância do trabalho educativo, Martinelli (1998, p.141) cita Paulo Freire, quando este foi interrogado numa palestra,

Se acreditava ser possível falar em revolução neste país de dimensões continentais como é o Brasil, e ele respondeu, de modo muito simples, como grande educador e homem sensível que é, que se nós pudéssemos pensar na força revolucionária que tem a educação de uma consciência, teríamos certeza de que essa revolução é possível. Se eu pudesse garantir a transformação de uma consciência num dia, eu teria me dado por satisfeito naquele dia como educador, porque essa consciência irá revolucionar outras.

Outra ação que perpassa a intervenção profissional, configurou-se no trabalho com redes, principalmente as secundárias, quando estas, muitas vezes, estão sobrecarregadas ou são regidas pela burocracia e pela intransigência dos responsáveis por estas, dificultando o acesso dos usuários. Neste sentido, para atender as demandas nos seus direitos, o assistente social busca a inter-relação entre as redes de saúde e destas com outras, quebrando as normas e barreiras impostas de forma arbitrária pelo Sistema.

O conhecimento sobre as mudanças do Sistema de Saúde e o funcionamento da rede de serviços de saúde e de outras redes é primordial para a prática do assistente social no Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário, em razão da diversificação da demanda que procura o Serviço.



## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 11ª Região. **Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**. Paraná: 2003, p.76,77.

BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde Nº 8080 de setembro de 1990, Lei Nº8142, de dezembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 09/04/2000.

BRASIL, **Norma Operacional Básica de 96**. MS. Brasília: 1996.

BRASIL, **Norma Operacional de Assistência a Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 06/03/2002.

BRAVO, M.I. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_, **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

CARVALHO, M.C.B. Ação em Rede na Implementação de Políticas e Programas Sociais Público. Disponível em <<http://www.risolidaria.org.br>>. Acesso em: 18/05/05.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 11ª Região. **Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**. Paraná: 2003, p.15.

CHIORO, A; SCAFF, A. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. In: **Saúde e Cidadania**. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>>, p.1-7, Acesso em: 01/09/1988.

COHN, A. **A Saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_, **A Previdência Social e Processo Político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

CARDOSO, F.G; MACIEL, M. Mobilização social e práticas educativas. **Cadernos Capacitação em Serviço Social e política social, mod. 04**. Brasília: 2000. p. 139-149  
CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. **O Espaço Profissional na Saúde**. Brasília: 1990.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – 12<sup>a</sup>. **Manual da Conferência Sergio Arouca**. Brasília: 2003.

COSTA, M. D. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN)**. Dissertação de Mestrado-UFPE, Recife: 1998, (mimeo).

DIRETORIA DO POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. **Planejamento Estratégico**, Florianópolis: 2004.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GARELLI, F. Controle Social. **Dicionário de Política**. 2. ed. Brasília: UNB, 1986.

GARRAFA, V. A ética na alocação de recursos em saúde. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOULART, F. **A Política de saúde contemporânea no Brasil: o SUS**. Brasília: Mimeo, 1999.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LEUCOVITZ, E. **Políticas de Saúde nos anos 90: relações inter-governamentais e papel das normas operacionais básicas**. São Paulo: Mimeo, 2001

LIMA, T.C.S. **A Intervenção Profissional do Serviço Social: Propondo o debate sobre ações sócio- educativas**. Trabalho de Conclusão de Curso- UFS, Florianópolis: 2004.

LOCKS, M. T.R. **Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso**. 2002. Dissertação (Mestrado em saúde pública.). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social, Identificação e Alienação**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 1989.



\_\_\_\_\_, M.L. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, nº57, 1998.

MATOS, M.C. **O debate do Serviço social na saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético- político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Dissertação de Mestrado- ESS-UFRJ. Rio de Janeiro:2000, (mimeo).

MENEGASSO, M. E. Organizações e Serviço Social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 5, n. 2, jul./dez 2002.

MENDES, E.V (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** 4. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hubitec-Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C de S. (Org). **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MIOTO, R. C. T. O Trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálysis**. Florianópolis: Editora UFSC, v. 5, n.1., 2002.

\_\_\_\_\_. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília:Unb, Centro de Educação Aberta, continuada a distância, 2000, p.217 – 224.

NOGUEIRA, R. P. A impotência da equidade. In: **Saúde, equidade e gênero**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

PAIM,J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **EPIDEMIOLOGIA & SAÚDE**. 5ª Edição. São Paulo: Medsi,1999.

PAIXÃO, F. **A previdência em perguntas e respostas**. 17. ed. Porto Alegre: Editora Síntese Ltda, 1980.  
POLICLINICA DE REFERÊNCIA REGIONAL, **Planejamento Estratégico**. Florianópolis: [s.n.], 2000.

SANTOS, L. **Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de Governo no SUS.** Brasília: OPS/OMS, 1994.

SARMENTO, H.B.de M. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sócio-política ao redimensionamento de suas funções sociais. **Cadernos Capacitação em Serviço e política social, mod.04** Brasília: CEAD, p.95 -110, 2000.

SCHEMES, P. F. **A Integralidade como Princípio Doutrinário do SUS: retomando a discussão e centralizando o debate na prática cotidiana da intervenção profissional.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis: 2004.

SILVA, I.G.C. **Projeto do Serviço de Apoio e Orientação Social ao Usuário da DAME,** Florianópolis, 2003.

SOUZA,R.O. **Serviço Social na saúde: Contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social.** Dissertação de mestrado- ESS-UFRJ. Rio de Janeiro:2001, (mimeo).

TOMAZI, Z T. O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e Estado Brasileiro. **Cadernos de Educação Política nº15.** Editora Global, São Paulo,1986.

VASCONCELOS, A. M. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, A.M. **Tendências da prática profissional do Assistente Social na atenção à saúde no município do Rio de Janeiro.** Tese de doutoramento- ESS-UFRJ. Rio de Janeiro:1999,(mimeo).

VIANA, M.L. T.W. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: **O desmonte da nação.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

WESTPHAL, M.; DE ALMEIDA, E. S. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde-Descentralização/Municipalização do SUS.** São Paulo: Edusp, 2001.