

**GRAZIELA XAVIER DA COSTA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA  
EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 27.10.03

  
Prof. Krystyna Matys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

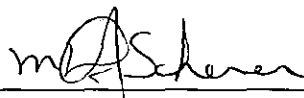
**FLORIANÓPOLIS, SC  
2003**

**GRAZIELA XAVIER DA COSTA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL  
NA EQUIPE DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

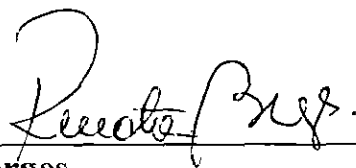
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Assistente Social, orientado pela Professora Magda Duarte dos Anjos Scherer.

**BANCA EXAMINADORA**



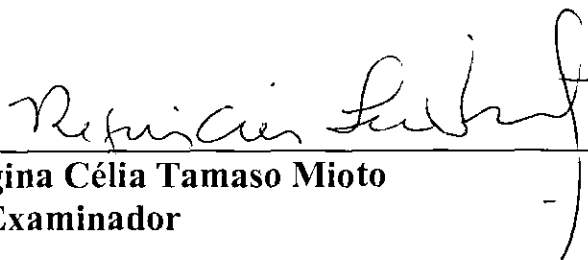
---

**Magda Duarte dos Anjos Scherer**  
**Presidente da Banca**



---

**Renata Borges**  
**1º Examinador**



---

**Regina Célia Tamasso Mioto**  
**2º Examinador**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pelos pais maravilhosos que tenho, João e Ondina, por todo o amor e carinho que me dedicaram e pela oportunidade que me deram de chegar até aqui.

Agradeço ao amor da minha vida, Leonardo, por estar ao meu lado em todos os momentos e pelo grande companheiro e amigo que é.

Às minhas irmãs, Jane e Simone, por terem acreditado sempre na minha capacidade.

Aos meus sobrinhos, Lucas, Thamires e Jéssyca, por toda a paciência e carinho que sempre me dedicaram.

À professora Magda por, toda dedicação e incentivo proporcionado no decorrer do estágio e durante este trabalho.

À equipe de residência Multiprofissional em Saúde da Família, por me permitirem viver esta experiência.

A todos os meus amigos e colegas de turma, que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>1 MÉTODOS E TÉCNICAS</b> .....	8
<b>2 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	10
2.1 CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS .....	10
2.2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE .....	18
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	21
2.4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	26
<b>3 O SERVIÇO SOCIAL E O CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	29
3.1 A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE.....	29
3.2 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA .....	35
3.3 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA .....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	52

## INTRODUÇÃO

Desde o final dos anos 40, já era evidente uma inversão dos gastos públicos favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica - saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. Nesse período, propunha-se um padrão tecnológico mais racional, de menor custo, integrado em seus vários campos de atuação e sem a influência das leis de mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública.

A derrota destas propostas, em 1964, estimulou uma reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população.

Com a implementação do SUS, através da Constituição Federal de 1988, foi definido o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos.

De acordo com Seemann:

As transformações ocorridas na década de 80 também foram fruto das modificações na forma de entender e tratar os usuários que as profissões da área da saúde apresentaram. Os profissionais desta área passaram a considerar que sujeitos devem ser tratados de maneira integral, que precisam ser olhados num todo, e que devem ter a oportunidade de fazer escolhas, sendo indivíduos ativos. (Seemann, 2001)

Paralelamente, o país atravessava um período de incerteza em sua política econômica: desajustes em suas finanças públicas, gasto público na área de saúde

decrecente, declínio do crescimento populacional e taxas crescentes para o grupo de terceira idade, que exige ações sabidamente de maiores custos.

Tais mudanças alteraram significativamente a demanda por serviços de saúde, e exigiram e exigem a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções. Esse contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde.

Assim, o ministério da saúde, com o objetivo de promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde, incluiu em seu plano de ações e metas prioritárias o Programa Saúde da Família, ocorrendo sua expansão em 1994.

Dentro deste contexto, e com base na experiência proporcionada pelo estágio curricular em Serviço Social, que surgiu a idéia de realizar este trabalho. O estágio foi realizado no período de junho a dezembro de 2002, no Centro de Saúde do Saco Grande II, juntamente com a equipe do I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, onde estão inseridos profissionais de medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, serviço social, nutrição e psicologia.

Esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar a inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, seus limites e suas possibilidades de intervenção.

Para um melhor entendimento do tema, o presente trabalho constitui-se de três capítulos que tratam, respectivamente, dos métodos e técnicas de pesquisa, da evolução do conceito de saúde no Brasil, do Serviço Social e a Residência em Saúde da Família.

Primeiramente serão mencionados métodos e técnicas utilizadas para a realização da pesquisa. O segundo capítulo traz uma breve apresentação da evolução que o conceito de saúde no Brasil sofreu ao longo da história e aborda os seguintes temas: a consolidação do

SUS, a organização da atenção básica, a implantação do Programa de Saúde da Família e a inserção do Serviço Social neste Programa.

O terceiro capítulo trata da inserção do Serviço Social na Residência em Saúde da Família, descrevendo a atuação da Residência no Centro de Saúde, o papel do Serviço Social nesta equipe e os trabalhos desenvolvidos pela estagiária de Serviço Social no período de estágio.

Ao final, são apresentadas as idéias conclusivas com relação a este trabalho, juntamente com a bibliografia consultada.



## 1 MÉTODOS E TÉCNICAS

O presente trabalho trata-se de um Estudo Exploratório, este estudo se iniciou a partir da definição do tema e dos objetivos, a opção pela área da saúde surgiu com base nas experiências proporcionadas pelo estágio curricular em Serviço Social, realizado juntamente com a equipe de residentes em Saúde da Família.

Para delimitação do objeto, foi necessário a elaboração de uma pesquisa bibliográfica, onde foi realizado um levantamento sobre a evolução do conceito de saúde no Brasil, a implantação do Programa de Saúde da Família, a inserção dos residentes neste programa e a prática profissional do Serviço Social dentro da residência. Acerca da pesquisa bibliográfica Minayo (1993, 98) considera que “é necessário abordá-la como um exercício de crítica teórica e prática, na pesquisa bibliográfica devemos destacar as categorias centrais, os conceitos e as noções usadas pelos diferentes autores”.

Como instrumento de trabalho de campo, foi utilizada a observação participante, que de acordo com Minayo (1994, 59) “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”. Toda a observação foi registrada num instrumento denominado de diário de campo, “desse caderno constam todas as informações que não sejam os registros das entrevistas formais” (Minayo, 1993, 100).

Os registros da observação foram realizados durante todo o período de estágio e serviram como alicerce para a descrição sobre a experiência proporcionada pelo estágio curricular, que apesar das limitações, busca mostrar as possibilidades de intervenção do

Serviço Social nas políticas de saúde dentro de uma equipe multiprofissional em saúde da família.

## 2 A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Os serviços de saúde no Brasil emergiram no século XIX, época em que apresentavam uma organização precária, baseada na política médica centralizadora.

As políticas de assistência médica manifestaram seu processo centralizador através da criação dos – Instituto de Aposentadorias e Pensões - IAPs, iniciada na Primeira República, mas consolidada a partir de 1930, no denominado “Período Vargas”. O desenvolvimento da assistência médica no Brasil estava centrado na prática liberal e no surgimento de instituições de cunho caritativo e filantrópico (principalmente as Santas Casas) destinadas aos pobres e indigentes, com posterior aparecimento, já no século XX, dos hospitais públicos, implantados predominantemente pelos governos estaduais e do Distrito federal, além de alguns poucos municipais. A ação do governo central estava relativamente restrita a implantação de instituições do tipo hospícios ou asilos para tuberculosos e hansenianos.

É no surgimento de uma “medicina previdenciária”, destinadas aos grupos mais organizados de trabalhadores urbanos, que se pode identificar a emergência de uma política de assistência médica conduzida pelo governo central. Assim, tanto pelo lado da saúde pública como pelo da assistência médica, a intervenção do poder central acompanha o processo de concentração populacional, próprio da emergência de um padrão urbano-industrial na sociedade brasileira.

Ao longo deste período, especialmente durante o Estado Novo de Vargas (1930-45) que se inaugura na história brasileira uma tendência acentuada no sentido de consolidar o poder nacional centralizado, dando origem a um impulso para uniformizar e organizar o serviço público de acordo com um padrão nacional. No final deste período se aquece o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde, que tem com uma de suas grandes expressões a III Conferência Nacional de Saúde (1963), que propõe a radical municipalização da assistência à saúde no Brasil. Porém este debate é interrompido pela Revolução de 64 e pelos 20 anos de ditadura militar subsequêntes.

A centralização se tornou obrigatória dentro da lógica da orientação do regime militar. O modelo de cuidados médicos individuais passou a ser padrão de atenção à saúde, orientando um crescimento avassalador da produção quantitativa de atos médicos, com conseqüente construção (financiada pelo setor público) de grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados. Conforme nos expõe Cohn :

De fato a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica através da política previdenciária prevalece de forma explícita até os anos 80. Neste período, estabelece-se uma clara divisão de trabalho e clientela entre os setores público e privado de saúde, apresentando este distintas modalidades de organização (1999, 17).

É a partir do governo Geisel, tendo por marcos fundamentais o II Plano de Desenvolvimento - PND e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, que as políticas públicas adquirem as características que irão influenciar significativamente as transformações ocorridas no sistema de saúde na década de 80. Desta forma, em 1978, é criado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Médica - INAMPS, que ao longo dos anos seguintes consolida uma extensa rede de representações administrativas em todos os estados (Superintendências Regionais) e atinge mais de 600 municípios.

Em meados da década de 70, teve início a abertura política por meio de eleições, possibilitando a reorganização de movimentos sociais, destacando-se o Movimento Sanitário. Esta foi uma forma dos profissionais da saúde denunciarem as repercussões do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde existente na época. Deve-se ressaltar o início do "movimento pelas eleições diretas". Destaca-se também o Movimento Sindical nesta mesma época, que se preocupa com as relações entre saúde e trabalho, visando a melhoria dessa relação através da articulação intersindical e entre os setores intelectuais da área da saúde.

De acordo com Lacaz (1994, 43) "através desta articulação, passou-se a reivindicar a melhoria da organização nos locais de trabalho, visando o controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho".

O Movimento da Reforma Sanitária propôs alternativas para um novo sistema de saúde com características democráticas. Por meio destas, ampliou-se o número de defensores das mudanças no sistema de saúde, que tiveram a oportunidade de se expressar, em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, em que houve a elaboração de uma proposta de reorientação do sistema de saúde, tendo como finalidade a estruturação de um Sistema Único de Saúde.

Os anos 80 inauguram-se sob a marca da crise financeira da Previdência Social, caracterizada por um déficit operacional crescente já a partir de 1980, que vai atingir seu ápice em 1981 em decorrência da adoção de políticas econômicas fortemente recessivas. Durante 1981 e 1982, o governo federal buscou formular alternativas para a crise financeira, todas elas de marcadas características tecnocráticas e penalizadoras dos beneficiários da previdência social ou que contrariavam interesses de poderosos como os dos bancos responsáveis pela arrecadação de receitas e pela efetivação dos pagamentos dos

benefícios e serviços. De todo o conjunto de medidas propostas a única que alcançou razoável grau de consenso foi a de criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, subordinado diretamente ao presidente da República.

Segundo Cordeiro (1991, 41), “o plano do CONASP representava o resultado de um embate democrático entre os componentes do conselho e este com segmentos da burocracia previdenciária”.

A partir do CONASP, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), visando alcançar níveis de articulação institucional que viabilizem ações mais eficientes e eficazes. Segundo Cordeiro (1991, 52), “as AIS proporcionaram uma base técnica e princípios estratégicos para momentos posteriores da reforma sanitária, mas estavam longe de ser, na prática, uma política de saúde assumida pelo governo”.

É então a partir da Nova República que a estratégia das AIS vai ganhar expressão nacional. Este movimento eleva o percentual de recursos do orçamento global do INANPS aplicado nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. De acordo com Muller Neto (1991, 36), “As AIS transformaram-se em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde”.

As AIS viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial, e contribuíram para a articulação institucional através da organização de comissões interinstitucionais de saúde. Apesar dos êxitos localizados em alguns municípios, as AIS não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal. Assim, o desenvolvimento das AIS, enquanto nova alternativa para organização dos serviços de saúde, esbarra na diretriz de descentralização plena, já que a representação federal nos

estados (Superintendências Regionais do INAMPS) permanece exercendo poder amplo, centrado no “monopólio” do relacionamento com o setor privado.

Desta forma em 20 de julho de 1987, o presidente da República cria os Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde – SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.

O SUDS assumia como diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

Conforme nos expõe Pereira (1993): “Tais diretrizes objetivaram sacramentar conceitos relativos à democratização do acesso aos serviços de saúde, liquidando com categorias diversificadas de cidadão, e a organização da rede sob padrões técnicos apropriados”.

As unidades assistenciais do INAMPS são transferidas ao estado, como forma de descentralização, o que inclui a cessão de uso de bens móveis e prestação de serviços pelos funcionários da instituição, sendo posteriormente estendida à gestão de contratos, convênios e credenciamentos de serviços assistenciais por terceiros. Este fato consolidou uma concepção mais profunda de descentralização ao transferir às Secretarias Estaduais de Saúde o poder e as atividades técnico-administrativas centrais das Superintendências Regionais do INAMPS, relativas à aquisição de insumos e serviços para as unidades próprias, e ao controle e avaliação dos serviços privados e filantrópicos, que representavam ampla maioria nas unidades assistenciais. Houve uma ampla reestruturação organizacional do INAMPS, com ênfase nas atribuições das Superintendências Regionais, restringindo-se

às funções de acompanhamento do SUDS e fiscalização dos recursos financeiros transferidos pelo INAMPS, bem como na reforma das Secretarias Estaduais, visando adequá-las às novas atribuições advindas do processo de unificação.

No ano de 1986, intensificou-se o Movimento Sanitário, sendo convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), visando discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Como resultado deste encontro, surgiram propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo documentadas e conhecidas como projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

De acordo com Paim (1992, 31), "o projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais". Pode-se perceber que a população passa a lutar por seus direitos de cidadãos e pela melhoria da qualidade de vida. Isso também torna-se evidente pela ampliação do conceito de saúde, explicitado na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual "Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" (Brasil, 1986, 118).

Em 1988 foi aprovada a nova Constituição Brasileira, incorporando grande parte dos conceitos e propostas definidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, adotando, então, a proposta da Reforma Sanitária. A Constituição brasileira estabelece que "a saúde é um 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. 196 da Constituição Federal de 1988).



A nova constituição define os princípios e diretrizes para o Sistema Único de Saúde:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade através dos conselhos de saúde (nacional, estadual, municipal e local), com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo.

Porém, para a implantação do SUS, era necessária a formulação de leis que somente em 1990 foram aprovadas. A Lei 8080 (19-09-90) - Lei Orgânica da Saúde, organiza a construção do SUS e trata da organização das ações e dos serviços de saúde. A Lei 8142 (28-12-90) que trata da participação da comunidade e das formas de pagamento das ações e serviços de saúde.

O processo de descentralização desencadeado precisava de um conjunto de regras que mantivessem a integração das ações das três esferas de governo e definissem as responsabilidades e atribuições. Esse conjunto de regras se efetuou através das Normas Operacionais Básicas – NOB.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) definem as estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS, viabilizando sua implantação. As Normas Operacionais Básicas do SUS desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A Norma Operacional Básica/96, propiciou um rápido avanço da descentralização, atingindo hoje a quase totalidade dos municípios brasileiros. Porém, surgiram alguns problemas na consolidação do SUS, sendo necessária a busca de novos instrumentos de intervenção conforme nos aponta o Ministério da Saúde:

Na medida em que o processo de gestão descentralizada do Sistema foi se fortalecendo, evidenciaram-se um conjunto de problemas e desafios em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS. A partir da análise da situação dos estados e municípios frente ao processo de descentralização da assistência fez-se necessário buscar novos instrumentos de intervenção, que para além de consolidar os avanços alcançados pelas NOB 01/93 e NOB 01/96, pudessem transpor os problemas / obstáculos evidenciados durante a operacionalização da Norma. Assim, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de uma proposta para o processo de regionalização da saúde Norma Operacional da Assistência - NOAS -01/2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, a NOAS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

## 2.2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE <sup>1</sup>

Os serviços de saúde devem atender a lógica do SUS, no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde. Assim, os serviços de saúde passam a ser prestados em três níveis de atenção: primário (centros de saúde ou unidades básicas de atenção à saúde), secundário (unidades ambulatoriais) e terciário (hospitais especializados ou unidades hospitalares de alta complexidade), de forma regionalizada, hierarquizada em complexidade crescente.

Através da Declaração de Alma Ata, produzida na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde de 1978, houve, pela primeira vez, uma proposta de política de saúde pública a nível mundial. Ela propôs a Atenção Primária à Saúde como estratégia para alcançar 'saúde para todos no ano 2000'.

A atenção primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, aproximando os serviços de saúde dos lugares onde o povo vive e trabalha, constitui também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

A atenção primária à saúde retrata e é consequência das condições econômicas e das características sócio culturais e políticas do país e de suas comunidades, é dirigida aos principais problemas de saúde da comunidade proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação conforme as necessidades.

---

<sup>1</sup> As informações do item 2.2 foram retiradas do trabalho de conclusão de curso SEEMANN, G. "O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA PROFISSIONAL."

O nível de atenção primária é composto por centros de saúde e hospitais locais que poderão dispor de laboratórios de patologia clínica.

Este nível contempla populações diferenciadas por fatores como análise epidemiológica e densidade populacional. Os estabelecimentos que compõem o nível de atenção primária são de responsabilidade exclusiva do município.

O nível secundário de atenção à saúde caracteriza-se por desenvolver, além das atividades classificadas como de nível primário, as atividades assistenciais e mais algumas especialidades médicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação.

Este nível de atenção é composto pelas policlínicas, hospitais especializados (de referência) e pelos laboratórios.

Este nível contemplará populações consideradas no âmbito municipal, regional, cuja complexidade estará sujeita a análise epidemiológica, densidade populacional e aos parâmetros em vigor, além das razões geográficas, de desenvolvimento, de acesso ou por ser pólo de atração natural para referências. Este nível terá gerência municipal, ainda que atenda populações de mais de um município.

O nível terciário é composto por hospitais especializados situados nos grandes centros do país. Oferece atendimento no mais alto grau de complexidade, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação, urgência e reabilitação.

Considera-se o atendimento terciário de alta complexidade voltado para assistência médica em regime de internação, sendo que as necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente, requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos

possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis terciários, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas.

O acesso é exclusivamente por agendamento, com exceção da urgência. Os estabelecimentos neste nível são as policlínicas de referência regional, hospitais especializados, hospitais universitários, laboratórios, regionais e centrais, e hemocentros.

Este nível contemplará populações consideradas no âmbito regional ou estadual e tem por finalidade dotar os estados de todos os serviços de saúde. A gerência neste nível será estadual.

Conforme se pode observar, o nível de atenção primária é o primeiro contato da população com o sistema de saúde, porém suas atividades vão além das necessidades básicas, conforme nos expõe Medina:

A atenção primária, ao ser um primeiro atendimento, servirá de porta de entrada para o sistema de assistência, mas, ao mesmo tempo, constitui, no sistema, um nível próprio de atendimento, com capacidade para resolver um elenco de necessidades que extrapolam a intervenção curativa individual, denominada de necessidades básicas de saúde (MEDINA, 2000, 17).

O nível de atenção primária deve estar voltado para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. As Unidades Básicas de Saúde devem estar preparadas para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da população.

Para que seja possível alcançar esta meta, faz-se necessário uma reestruturação da atenção primária.

É neste contexto que o Ministério da Saúde vem assumindo o compromisso social desde 1994, no processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

Como afirma Sousa:

O programa de saúde da família tem como missão, reorganizar as unidades básicas de saúde, para que estas, além de tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa (SOUSA, 2000, 08).

### 2.3 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde, com o objetivo de “promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde no país...” (Ministério da Saúde,1994), inclui em seu “plano de Ações e Metas Prioritárias, as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde” (Ministério da Saúde,1997), ocorrendo sua expansão nacional em torno de 1994.

Nesse documento, o governo reafirma que este não é mais um programa a ser instalado na rede pública de serviços, não é uma “assistência precária para os pobres”, mas sim tem a intenção de investir na atenção primária, na prevenção e promoção da saúde, articulados com a assistência curativa e de alta complexidade. Seu objetivo maior é que o Programa Saúde da Família seja a “porta-de-entrada do sistema de saúde...” (Ministério da Saúde,1994).

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

A estratégia do Programa de Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, através de uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, a estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família. Esta Unidade está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir.

Uma Unidade de Saúde da Família pode trabalhar com uma ou mais equipes, variando de acordo com o número de famílias existentes na área.

As Equipes de Saúde da Família trabalham com uma população adstrita, ou seja, com um número fixo de famílias. O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe assista de 600 a 1000 famílias.

Cada Equipe de Saúde da Família tem como princípios básicos conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas. A equipe deve trabalhar em parceria com a comunidade, elaborar um plano local para o enfrentamento dos fatores que

colocam em risco a saúde. É também de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas.

A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas. Desta forma, as equipes devem valorizar a relação com o usuário e com a família como um todo, para a criação de um vínculo de confiança, pois a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos para a Equipe de Saúde da Família.

Um dos maiores desafios que o Programa de Saúde da Família encontra hoje para a sua expansão e consolidação, é encontrar no mercado de trabalho profissionais com perfil adequados a este novo modelo.

De acordo com Oliveira:

O problema de formação de profissionais está situado no cenário de organização dos serviços de saúde entre um adaptação imediata do profissional existente no mercado e uma preparação mais consciente, a partir da reforma dos currículos de graduação e pós-graduação (OLIVEIRA, 2000,47).

O mesmo autor afirma que:

A aposta na estratégia Saúde da Família deve ser profissional, recheada de ousadia e de compromisso político. Portanto, a formação, capacitação e educação continuada do pessoal de saúde para os novos saberes e políticas, exigidos por esta estratégia, são necessários e imprescindíveis à transformação do modelo assistencial (OLIVEIRA, 2000, 47).



A participação das Universidades se torna imprescindível para reversão deste quadro, tanto na reformulação dos currículos profissionais, a fim de formar trabalhadores com base na nova lógica, como na preparação dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho que necessitam reciclar-se para efetivamente transformar sua prática.

Em 1997 foi criado oficialmente um projeto de articulação da Universidade Federal de Santa Catarina com Prefeitura Municipal de Florianópolis, chamado Programa Docente Assistencial (PDA). Esta articulação entre a Universidade e a instituição de saúde no âmbito municipal, configurada na área do Distrito Docente-Assistencial, tem a finalidade de atender à necessidade de formação de profissionais para o setor público de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

De acordo com Scherer:

O PDA está composto por seis Centros de Saúde – CS, com ambulatórios de especialidades médicas e internação geral, além da atenção ao parto e ao nascimento no Hospital Universitário – HU, garantindo uma estrutura com diferentes níveis de complexidade na atenção à saúde. Nos CS trabalham equipes orientadas pela estratégia de saúde da família (SCHERER, 2002).

A participação dos vários departamentos do Centro de Ciências da Saúde no PDA tem ocorrido de forma gradual e constante. Em 1998 teve início o internato obrigatório em Saúde Coletiva, da 10ª fase do curso de Medicina, neste mesmo ano, integraram-se ao PDA os cursos de Nutrição e Enfermagem, realizando estágios curriculares obrigatórios. Em 2000 o curso de Farmácia passou a integrar o PDA e, em 2001, os cursos de Serviço Social e Psicologia.

Em 2001, a Universidade Federal de Santa Catarina teve aprovado o Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência.

De acordo com o projeto do curso de Especialização em Saúde da Família o curso prevê:

uma capacitação profissional, predominantemente, através de treinamento em serviço (aprender-fazendo) articulado com atividades de aprendizado teórico, objetivando as competências técnica e política da Estratégia de Saúde da Família. As atividades de treinamento serão desenvolvidas nos Centros de Saúde envolvidos no Programa UFSC – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e no Hospital Universitário. São dezoito vagas distribuídas entre as sete profissões participantes: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Os Cursos de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência tiveram início no primeiro semestre de 2002 em 24 localidades do Brasil, envolvendo diversas universidades federais, estaduais e privadas, totalizando um número de 395 residentes.

O curso tem como objetivo a formação de profissionais de saúde “para o desempenho de suas atividades no Sistema Único de Saúde, baseado no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família, capazes de multiplicar tal experiência”. O curso é fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde, suas ações são desenvolvidas a partir das ações do Programa de Saúde da Família.

O Serviço Social, como uma profissão que tem como objeto de trabalho a questão social e uma formação teórica-metodológica, desempenha um importante papel nesta construção.

## 2.4 A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A inserção do Assistente Social na área da saúde vem sendo inscrita ao longo dos anos a partir da caracterização de um profissional que, articulando o recorte social nas diferentes formas de promoção da saúde, vem contribuindo para identificar as causalidades e multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população.

De acordo com Costa (2000, 45), as atividades do Serviço Social na área da saúde são ações de caráter emergencial (são atividades voltadas para agilização de internamentos, exames, consultas, tratamentos, obtenção de transportes etc.); educação e informação em saúde (consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, para esclarecer, informar e buscar soluções acerca destes problemas); planejamento e assessoria (consistem na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho no SUS); mobilização da comunidade (consistem em ações educativas voltadas para a sensibilização e mobilização da comunidade).

Costa define o trabalho do assistente social na saúde como:

O assistente social se insere no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a concluir que o seu principal produto parece ser assegurar – pelos caminhos mais tortuosos – a integralidade das ações (COSTA, 2000, 62).

O Serviço Social tem hoje a saúde como uma de suas áreas de atuação, juntamente com médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos e fisioterapeutas. Os assistentes sociais aparecem trabalhando nos centros de saúde, ambulatórios e hospitais, atuando na garantia de direitos e na emancipação dos indivíduos.

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, aprovou a inclusão do Serviço Social no Programa Saúde da Família, mas a sua inserção ainda é restrita a um número pequeno de equipes.

Como está definido pelo Ministério da Saúde, a equipe básica do PSF é composta por um médico de família ou generalista; um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde. Considera que “outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE,1997:13).

O Serviço Social, historicamente, tem acumulado no âmbito da saúde, da família e dos movimentos sociais uma larga experiência e bagagem teórica-metodológica. O Serviço Social domina procedimentos metodológicos e instrumentais técnicos adequados, como a abordagem da Educação em Saúde, que engloba as dimensões psicológica, cultural e sócio-econômica, fundamentada em uma ótica reflexiva.

O profissional de Serviço Social faz o elo orgânico entre os níveis de atenção à saúde, promovendo a integralidade das ações, voltado para os diferentes níveis de atenção, buscando garantir o acesso das famílias adstritas no programa, como ferramenta de combate às desigualdades produzidas pela sociedade.

O Assistente Social tem um determinado conhecimento e especificidade profissionais, adquiridos em sua formação acadêmica, tem como foco a família como unidade básica de sua intervenção sobre a perspectiva da totalidade.

O Programa de Saúde da Família exige uma aproximação maior do profissional de saúde com o cotidiano e o conhecimento direto das formas de sobrevivência de sua população. A metodologia de trabalho deve ser diferenciada para que o profissional possa planejar e atuar o mais próximo da realidade social desta população, para que desta forma o mesmo possa obter resultados concretos.

O Assistente Social tem um determinado conhecimento e especificidade profissionais, adquiridos em sua formação acadêmica, tem como foco a família como *unidade básica de sua intervenção sobre a perspectiva da totalidade.*

O Programa de Saúde da Família exige uma aproximação maior do profissional de saúde com o cotidiano e o conhecimento direto das formas de sobrevivência de sua população. A metodologia de trabalho deve ser diferenciada para que o profissional possa planejar e atuar o mais próximo da realidade social desta população, para que desta forma o mesmo possa obter resultados concretos.

Reforça-se assim o argumento da importância do assistente social na equipe básica, não como o “salvador”, mas no entendimento de que já tem sua formação voltada para o *campo da discussão macro estrutural.*

Junto a este aspecto, soma-se a questão do direito de cidadania, o posicionamento frente às desigualdades, mediante o qual o setor saúde se viabiliza institucionalmente através da participação nos Conselhos Comunitários, no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde, fóruns nos quais os Assistentes Sociais se fazem presentes como militantes e como assessores do movimento popular em saúde.

### **3 O SERVIÇO SOCIAL E O CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **3.1 A ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENTRO DE SAÚDE**

A Residência em Saúde da Família está inserida no Centro de Saúde II do Saco Grande II, onde realiza a parte prática, tendo como endereço rua Virgílio Várzea, s/n, bairro Saco Grande, município de Florianópolis, estado de Santa Catarina. O Centro de Saúde realiza ações baseadas na atenção primária em saúde de caráter preventivo e curativo.

Este Centro atende a população dos bairros Monte Verde e Saco Grande II, para a realização deste atendimento o Centro de Saúde conta com três equipes básicas de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde). Através da territorialização ocorrida no município de Florianópolis em 1993, estes bairros foram divididos em três áreas. Estas áreas foram denominadas de 330, 331 e 332, cada área foi dividida em dez micro-áreas. Desta forma cada equipe é responsável por uma área e cada agente de saúde por uma micro-área.

O Centro de Saúde desenvolve ações de educação em saúde, como por exemplo, grupo de gestantes, diabéticos e hipertensos, porém sua maior demanda ainda se restringe às ações de saúde curativa.

Para usufruir do atendimento deste Centro de Saúde (consultas médicas, odontológicas, de nutrição e enfermagem) o usuário deverá fazer um agendamento prévio, salvo em caso de emergência.

O trabalho da Residência em Saúde da Família neste Centro de Saúde teve seu início em junho de 2002. O Centro de Saúde do Saco Grande II conta com uma equipe de dez residentes sendo: dois médicos, três enfermeiras, uma nutricionista, uma assistente social, uma farmacêutica, uma psicóloga e uma odontóloga, que buscam se integrar ao trabalho da equipe local, além de contribuir com o conhecimento proporcionado pela residência. A equipe de residentes realiza suas atividades na área 330, pois os supervisores locais da unidade são responsáveis por esta área.

O trabalho da equipe de residentes está voltado às atividades características do modelo assistencial baseado na Estratégia de Saúde da Família.

Estas atividades se iniciaram pelo planejamento no âmbito do sistema local de saúde através do desenvolvimento processual articulado dos momentos de:

- Captação e produção de informações sobre a realidade local;
- Análise da situação local de saúde;
- Programação de ações e operações;
- Execução e avaliação dos planos, programas e ações desenvolvidas.

Para que a equipe trabalhasse com o planejamento local foi organizada uma Oficina de Territorialização e Planejamento. Esta Oficina teve a duração de trinta dias e contou com a participação dos residentes, de dois agentes comunitários de saúde, uma estagiária de serviço social e alguns supervisores locais.

De acordo com o roteiro da Oficina<sup>2</sup>, o recurso da territorialização é utilizado:

- Pela geografia humana e pelo planejamento e arquitetura urbanos para fins de estudos e projetos de desenvolvimento;
- Como base cadastral de bens e imóveis para pagamento de impostos aos municípios;
- Pela geografia política para delimitar áreas de municípios, estados e países;
- Recentemente passou a ser adotado pelo setor saúde como base espacial e de informação sobre: a população e seus problemas de saúde, sobre o impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida da população e para criar relação de responsabilidade entre os serviços e a população, naquele espaço delimitado.

Ocorreu também o desenvolvimento de práticas de educação em saúde enquanto:

- Educação popular em saúde na perspectiva da participação e organização popular como estratégia de viabilização do controle social do sistema de saúde e como processo de construção do exercício da cidadania, através de reuniões com a comunidade.
- Educação em saúde como espaço de encontro, de troca de informação e experiência, e possibilidade de reflexão e transformação da práxis cotidiana individual e coletiva, referenciada pela qualidade de vida e a realidade dos grupos sociais emergentes na comunidade, através de reuniões com a comunidade, além da formação e o trabalho com grupos. Particularmente, com estes últimos, o trabalho deve ser centrado nas situações de vida e necessidades de saúde reveladas pela população, objetivando tornar possível um processo contínuo de reflexão/ação individual e coletivo em direção à transformação da realidade cotidiana. Além disso, os grupos poderão se formar a partir das ações

---

<sup>2</sup> Roteiro de trabalho elaborado por Marta Verdi, Magda Scherer, Marise N. Pereira e Renata Borges.



programáticas desenvolvidas no Centro de Saúde, como Grupo de Famílias Grávidas, Grupo de Pessoas da Terceira Idade, entre outros.

- Processo de formação de estudantes da área da saúde dos níveis de graduação e técnico, contribuindo tanto com as experiências multiprofissionais e interdisciplinares, como para a produção, validação e socialização do saber e tecnologias em saúde. Este processo não se dará necessariamente em momentos específicos, mas sim continuamente e através do desenvolvimento conjunto de atividades dos respectivos cursos.

Através de parcerias com as entidades formadas pela própria comunidade, a equipe pode ampliar seu apoio social. Um envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Nas palavras de Valla (1997) “a proposta de apoio social não seria uma solução para a crise, mas o trampolim para rever a relação da saúde com a questão médica. Se de um lado o apoio social oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e apoio mútuo, do outro oferece também uma discussão para os grupos sociais sobre o controle de seu próprio destino e autonomia das pessoas perante a hegemonia médica”.

Existem várias ações sendo desenvolvidas pela equipe da residência, dentro delas estão os grupos terapêuticos como, por exemplo, o grupo de mulheres, gestantes, doentes crônicos, entre outros. Os grupos acontecem na própria comunidade, nos centros comunitários ou no Centro de Saúde.

A realização dos grupos tem como um de seus objetivos fortalecer o vínculo entre o usuário e o Centro de Saúde, proporcionar aos profissionais uma aproximação maior com a realidade da comunidade.

De acordo com Santos:

A estratégia de utilização do grupo como um recurso de promoção à saúde, se constitui como um instrumento capaz de contribuir com a construção de novas práticas interdisciplinares na assistência integral à saúde dos cidadãos. A dinâmica do processo grupal possibilita a aproximação dos diversos conhecimentos com o seu objeto, o homem. Ao mesmo tempo, permite também a aproximação destes técnicos com os indivíduos aos quais lhes dirigirão sua assistência de saúde (SANTOS, 2002, 28).

Santos nos aponta a importância da equipe multiprofissional na formação de grupos:

No grupo, profissionais com objetivos compartilhados, interagem diversos saberes, oriundos das diferentes áreas do conhecimento, problematizando a existência humana, conjuntamente, com aqueles relacionados às experiências e vivências emocionais dos demais indivíduos, membros do grupo (SANTOS, 2002, 29).

Com relação a atenção domiciliar em saúde a equipe trabalhou através da:

- Assistência domiciliar para definição e acompanhamento de situações de saúde individual, familiar ou de grupos sociais, dentro do seu contexto usual.
- Internação domiciliar de usuários em situação de risco ou de reintegração na comunidade no retorno da hospitalização.

Estas ações podem ser representadas pelo trabalho com redes “como procedimento de intervenção na área do trabalho social” (Mioto, 2002).

De acordo com Mioto (2001), diante da “diversificação e dos limites institucionais para atender determinados tipos de serviços, aumenta entre os técnicos de diferentes áreas que prestam serviços sociais um sentimento cada vez mais acentuado de impotência, o que se deve a fatores como a segmentação das necessidades e as respostas setorizadas e especializadas às demandas postas pela realidade atual. Nesse sentido, o trabalho com redes surge como alternativa de intervenção capaz de responder a estas novas necessidades” (Mioto, 2001, 02).

Trabalhando em rede é possível potencializar a capacidade de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas a partir do saber e do poder compartilhado.

“De acordo com a lógica que reconhece a necessidade de requalificação dos processos interventivos, o trabalho com redes visa atender às demandas decorrentes das transformações societárias utilizando de forma integrada e articulada, os recursos disponíveis, a partir da afirmação de responsabilidade do Estado” (Miotto, 2001, 07).

O trabalho com redes está situado nas ações de suporte sócio-assistencial, nas palavras de Miotto (2002, 57) “o trabalho com redes é uma alternativa possível para romper com os modelos assistenciais cristalizados no âmbito das instituições, guiados por uma lógica pontual e fragmentária que não responde a complexidade das situações que se colocam cotidianamente”.

Outra atividade realizada pela equipe de residentes é o acolhimento. O acolhimento ao usuário do sistema, de forma a prestar uma recepção imediata e humanizada, buscando, se possível, solucionar imediatamente o problema que o levou a procurar a unidade de saúde, ou então definir o melhor encaminhamento para alcançar a solução.

Esta atividade envolve todos os profissionais da Equipe Saúde da Família. Através de uma escala, organizada pela própria equipe, cada dia um profissional presta o acolhimento. Alguns pontos são de extrema importância para a implantação do acolhimento como, por exemplo, divulgar para a comunidade, através do Conselho Local de Saúde, o novo funcionamento da unidade, avaliar a satisfação dos usuários em relação ao acolhimento.

Ao final de cada período de atividades profissionais específicas, é realizado os Momentos de Integração. Neste momento, a equipe de residentes e os supervisores locais se

reunem para discutir as situações mais complexas vivenciadas na rotina de atendimento daquele dia.

Por último, estão as visitas a pacientes hospitalizados oriundos das áreas de abrangência do Centro de Saúde envolvidos no projeto. Esta atividade visa acompanhar o processo de internação hospitalar, bem como construir o processo de retorno à comunidade e família e de contra-referência do usuário ao Centro de Saúde de origem.

É dentro deste contexto que o Serviço Social está vinculado a este Centro de Saúde. Abordaremos a seguir como se desenvolve este processo.

### 3.2 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O Serviço Social atua no âmbito da produção e reprodução social, sendo historicamente vinculado a políticas e programas sociais destinados ao segmento social, econômico e culturalmente excluído. A partir de uma concepção mais contemporânea, podemos afirmar que o produto do trabalho do Serviço Social é a conquista da cidadania social, ou em outras palavras, o favorecimento ou a viabilização de serviços e ações necessários à sobrevivência, tanto no aspecto material como emocional.

O profissional de Serviço Social possui uma certa especificidade profissional, visto que as práticas são concretas, ou seja, sua especificidade está relacionada ao fato de que o

profissional de Serviço Social intervém na realidade, este fato é o que diferencia das demais ciências sociais.

De acordo com o projeto da residência em saúde da família, o Serviço Social tem como atividades específicas:

- Realização de estudo, diagnóstico e pareceres sociais de situações familiares e sócio-comunitárias;
- Orientação sócio-assistencial, na perspectiva de utilização integrada de recursos das diferentes políticas e programas sociais, para a consecução integral das ações em saúde;
- Atendimento e acompanhamento de grupos familiares, especialmente aqueles cujas crianças e adolescentes encontram-se em situação de risco pessoal ou social, através do desenvolvimento de ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas;
- Identificação e integração dos recursos comunitários para a formação de redes de apoio sócio-institucional;
- Assessoria a grupos organizadores, na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, no desenvolvimento de ações para a inserção das demandas da população na agenda das políticas públicas, na perspectiva da vigilância da saúde;
- Planejamento e coordenação de ações do Serviço Social no âmbito da Estratégia de Saúde da Família;
- Acompanhamento de internação hospitalar;
- Intervenção em redes, entendida como o conjunto integrado de “atos assistenciais” que se realizam via auxílio, ativação e modificação, além da revisão das próprias necessidades das redes sociais que sustentam o sujeito que manifesta uma necessidade singular;
- Estruturação da “sala de situação” como ferramenta para o planejamento e avaliação das ações de saúde;

- Proposição e articulação de ações intersetoriais na perspectiva de potencializar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população atendida.

De acordo com Miotto 2002, as ações desenvolvidas pelo Serviço Social são ações sócio-educativas, ações periciais (elaboração de parecer social), ações de suporte sócio-assistencial.

As ações sócio-educativas consistem em um trabalho de educação, informação e esclarecimento sobre seus direitos. O assistente social presta informação sobre os direitos do usuário enquanto cidadão, através da Sala de Espera, Acolhimento ou durante os grupos organizados pela residência, como o grupo de mulheres, hipertensos, gestantes, entre outros.

O acolhimento é desenvolvido dentro do Centro de Saúde, o Serviço Social tem como objetivo, fortalecer o vínculo entre o usuário e a Unidade de Saúde, identificar as situações que necessitam de um atendimento fora da unidade e prestar informações básicas aos usuários. O assistente social deve procurar o melhor encaminhamento para alcançar a solução para o problema que levou o usuário a procurar o Centro de Saúde.

Em relação às visitas domiciliares, pode-se dizer que consistem em um encontro entre o profissional de assistência e a família do usuário da Unidade de Saúde na residência destes. As visitas possibilitam ao profissional um diálogo mais descontraído. Neste momento, o assistente social observa e tenta perceber o contexto familiar.

As ações periciais acontecem a partir de solicitações efetuadas por profissionais ou por autoridades das mais diversas áreas. Nas palavras de Miotto (1999, 02) “a perícia social pode ser considerada como um processo através do qual o assistente social realiza o exame de situações sociais com a finalidade de emitir um parecer sobre a mesma. O parecer nada

mais é do que a opinião técnica sobre uma determinada situação social emitida por um assistente social ou por uma equipe de assistentes sociais”.

Para a realização da perícia social o assistente social se utiliza do estudo social.

Mioto descreve o estudo social como sendo:

Um instrumento utilizado para conhecer e analisar a situação, vivida por determinados sujeitos ou grupos de sujeitos sociais, sobre a qual fomos chamados a opinar. Na verdade, ele consiste numa utilização articulada de vários outros instrumentos que nos permitem a abordagem dos sujeitos envolvidos na situação. Tais instrumentos são as entrevistas individuais ou conjuntas, a observação, a visita domiciliar e a análise de documentos. Eles se constituem nos meios através dos quais o perito operacionaliza a abordagem da situação (MIOTO 199\_,14).

As ações de suporte sócio-assistenciais consistem tanto no acompanhamento dos pacientes em situação de internação e ou hospitalização (viabilização de recursos sócio-comunitários para prestar assistência ao paciente, participação de membros da família), como nos encaminhamentos e contatos com outras instituições.

Os encaminhamentos consistem em contatar serviços prestados por outras instituições sociais, como Prefeituras, ONGS, Conselho Tutelar entre outros. Estes contatos são realizados por telefone ou por escrito quando houver a necessidade de formalização dos pedidos.

Nos casos de pacientes acamados, idosos e crianças em situação de risco, são realizados contatos com outros membros da família ou vizinhos que possam colaborar com apoio material ou psicológico.

### 3.3 A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

As atividades de estágio do Serviço Social estiveram vinculadas ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Residência. A definição da intervenção e organização das atividades do Serviço Social se deram a partir das reuniões organizadas pela equipe de Serviço Social (assistente social supervisora de campo e pedagógica, assistente social residente e estagiária graduanda de serviço social).

Inicialmente o Serviço Social participou, juntamente com toda a equipe da residência, da Oficina de Territorialização e Planejamento Local de Saúde. Esta oficina ocorreu num período de trinta dias, onde foram identificados os principais problemas do bairro (lixo, esgoto a céu aberto, moradia...). De posse destes dados foram estabelecidas as prioridades no desenvolvimento das ações dos profissionais da residência e a intervenção do Serviço Social neste plano.

A partir das informações obtidas no processo de territorialização, a equipe de Serviço Social passou a definir suas ações, dando prioridade ao trabalho com famílias. Para a realização deste trabalho identificamos as áreas de risco e seus principais problemas, para a realização desta tarefa foi utilizado o mapa do bairro. Depois de identificadas as áreas de risco, foi realizada uma reunião com os agentes comunitários dessas áreas. Após esta reunião, foram listados os principais problemas dessas famílias, a partir daí começamos a elaborar nosso plano de intervenção, iríamos acompanhar estas famílias e realizar o estudo social.

No decorrer de nossas atividades começaram a surgir dúvidas dentro da equipe de residentes sobre o trabalho do Serviço Social. Quando apresentamos nosso plano de ação com relação ao trabalho com as famílias, a equipe se colocou contra. Defendia-se a idéia de



que todos os profissionais deveriam trabalhar com as famílias, que todos deveriam fazer visitas domiciliares, a equipe alegava que esta não era uma atividade específica do Serviço Social e que os agentes comunitários de saúde já tinham o conhecimento necessário de cada família, não havendo necessidade da elaboração de um estudo social, pois afirmavam que este processo levaria muito tempo, sendo que as famílias necessitavam de ações emergenciais.

A equipe não compreendia o fato de que os assistentes sociais são profissionais que têm como um de seus objetos de intervenção o trabalho com família e que somos preparados para trabalhar com comunidade.

Depois de algumas discussões com relação as visitas domiciliares, foi decidido que toda a equipe de residentes participaria. A equipe de Serviço Social ainda propôs que a primeira visita fosse realizada juntamente com a assistente social, mas a proposta não foi aceita.

O trabalho teve início com uma reunião com os agentes comunitários das áreas 330 e 332, nesta reunião cada agente descreveu as famílias em maior situação de risco. Foi feito um levantamento de vinte e três famílias, destas foram escolhidas oito para serem visitadas. O processo de escolha destas famílias se deu pelos maiores problemas apresentados como, por exemplo, alcoolismo, dependência química, violência sexual, moradia e desemprego.

Após a escolha das oito famílias foi realizado uma escala de visitas que seriam realizadas por duplas ou trios, porém estas não foram planejadas. As visitas começaram a ser realizadas de forma aleatória, começaram a surgir algumas dúvidas muitos profissionais não sabiam como chegar na família, o que perguntar, o que observar. Em alguns casos, os profissionais estavam trabalhando apenas com a pessoa indicada como membro-problema, esquecendo que, no trabalho com famílias deve-se trabalhar a família como um todo.

Conforme nos expõe Mioto:

à medida que a ação profissional se volta para o problema individual, a tendência é exigir das famílias determinadas mudanças. Dado o comprometimento da estrutura familiar, o grupo não tem condições de efetuar as mudanças, além disso tais exigências podem sobrecarregar ainda mais a dinâmica familiar. Nesses casos a intervenção profissional pode se transformar em mais uma fonte de estresse familiar (MIOTO, 199\_, 125).

Após alguns meses da realização da primeira visita domiciliar feita pelos residentes, a equipe se reuniu para avaliar as oito famílias visitadas. Inicialmente, tentou-se responder qual teria sido nosso objetivo com as visitas domiciliares, este questionamento gerou muita confusão, muitos profissionais acreditavam que o nosso principal objetivo era tratar do emergencial. Verificou-se que algumas famílias foram visitadas apenas uma vez e depois abandonadas, outras voltaram a apresentar os mesmos problemas levantados pelos agentes comunitários de saúde no início do trabalho. Neste momento, a equipe se deu conta de que o trabalho com famílias leva tempo, exige paciência e não se resume a visitas domiciliares.

O trabalho com família é uma tarefa complexa, facilmente caímos na armadilha de estarmos envolvidos em nossa própria realidade, nossa própria família. Grande parte dos profissionais acredita que os valores, as crenças e a experiência pessoal ainda são as referências básicas para a intervenção.

De acordo com Mioto:

O fato de a vida familiar fazer parte do mundo (real e/ou simbólico) de todas as pessoas e estar permeada fortemente por valores morais, religiosos e ideológicos tem feito com que muitas vezes se tenha a ilusão de que as discussões sobre a família estão assentadas sobre bases comuns. Ao estudar o discurso de assistentes sociais sobre família, SILVA (1984) assinalou a tendência de conceituarem a família a partir de suas próprias famílias e de enfatizarem as relações parentais a partir da consangüinidade. Esta situação pode ser observada ainda no contexto das discussões dos profissionais que trabalham com famílias (MIOTO, 1997, 115).

Diante dos fatos apresentados, a equipe decidiu que seria necessário um re-planejamento do trabalho com famílias e que as visitas estavam suspensas. O Serviço Social propôs que fosse realizado um projeto para a formação de uma rede de apoio sócio assistencial, a proposta foi aceita.

Como ainda havia muitas dúvidas com relação ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, foi sugerido que cada profissional relatasse suas atividades específicas, com o objetivo de esclarecer para toda a equipe qual o papel de cada residente. Na apresentação do Serviço Social, procurou-se esclarecer da melhor maneira como eram desenvolvidas nossas ações e quais as contribuições que poderíamos estar trazendo para a residência. A apresentação foi realizada pelas assistentes sociais supervisora de campo e residente.

Paralelamente ao trabalho com as famílias, a equipe do Serviço Social deu início a elaboração do plano de intervenção. Para a elaboração deste plano, listamos os principais problemas encontrados através da territorialização e das visitas domiciliares. As ações priorizadas foram: planejamento familiar, sala de espera, acolhimento e o acompanhamento das hospitalizações.

A sala de espera e o acolhimento tiveram por um dos objetivos identificar situações que necessitassem de um atendimento fora da unidade. Para que fosse possível trabalhar com planejamento familiar, foi preciso que a equipe obtivesse um maior conhecimento do assunto e principalmente saber quais os métodos contraceptivos fornecidos pelo Centro de Saúde.

O trabalho com as hospitalizações teve como principal objetivo dar um suporte à família e ao doente quando este retorna para casa ou mesmo quando necessitar de uma nova internação.

Tanto no trabalho com as hospitalizações como no trabalho com planejamento familiar, pensou-se na possibilidade de articular a referência e contra-referência com o Hospital Universitário.

Porém, não foi possível concluir o plano de intervenção do Serviço Social do Centro de Saúde por falta de articulação desta equipe.

No final do mês de setembro, a equipe de Serviço Social pode contar com a participação de mais uma estagiária. Após a vinda desta, a equipe de Serviço Social priorizou a retomada do plano de intervenção.

A partir de uma reunião com a supervisora pedagógica, iniciou-se o plano de intervenção. Este plano ficou estruturado da seguinte forma: apresentação, introdução contendo a contextualização do serviço social na área da saúde e no Programa Saúde da Família, marco referencial privilegiando a discussão dos direitos e políticas sociais, os objetivos do serviço social no Programa Saúde da Família o desenvolvimento de ações para efetivação dos direitos visando à inserção da demanda da população na agenda das políticas públicas, os eixos de atuação/ação do serviço social e os programas a serem desenvolvidos em cada eixo de atuação.

De acordo com Miotto 2002, são três os eixos de ação profissional do Serviço Social:

- 1- Processos Políticos Organizativos: fazem parte as ações de cunho político, como a territorialização, a assessoria, mobilização popular (campanhas), acompanhamento aos conselhos de saúde entre outros;
- 2- Planejamento e Gestão: aqui está toda a parte de planejamento, a articulação de serviços e políticas, a construção de instrumentos e avaliação das ações de saúde;

3- Processo de Atenção Direta: este é dividido em três ações - ações sócio-assistenciais (acompanhamento de hospitalizações/internações, encaminhamentos); ações sócio-educativas (sala de espera, mural da cidadania, grupos terapêuticos) e por último as ações periciais (esta ação acontece quando o profissional necessitar fazer uma avaliação sobre determinada situação ou quando for solicitado um parecer social).

Juntamente com a elaboração do plano de atuação do Serviço Social, as estagiárias deram continuidade a outras atividades previstas pela equipe. Uma delas foi o estudo das Declarações dos Nascidos Vivos – DNS das áreas 330, 331 e 332, no período de outubro a dezembro de 2002. Este estudo teve como objetivos a avaliação da atenção ao pré-natal, a identificação das adolescentes grávidas e, por fim, a verificação dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Para a realização deste estudo, foram analisados os dados da mãe (idade, estado civil, escolaridade, número de consultas pré-natal e tipo de parto) e os dados do recém-nascido (sexo, peso ao nascer e malformação). Após esta análise foi elaborado um consolidado dos três meses analisados e apresentado à equipe da residência.

Através deste consolidado verificamos que não houve nenhum dado alarmante, apesar de que três meses não são suficientes para uma real avaliação.

Para dar início à proposta realizada pelo Serviço Social, da elaboração de um projeto para a formação de uma rede de apoio sócio assistencial, foi desenvolvido pelas estagiárias um mapeamento dos recursos disponíveis em Florianópolis e no Saco Grande.

Denominou-se este mapeamento como Projeto de Suporte Sócio-Assistencial: cadastro dos recursos de Florianópolis e Saco Grande. Neste documento constam informações sobre entidades filantrópicas, religiosas, ONGS e associações de bairro que disponibilizam assistência social à comunidade em geral e às comunidades do Monte Verde

e Saco Grande. Este documento encontra-se no Centro de Saúde à disposição de toda a equipe da unidade.

Neste cadastro constam a finalidade de cada instituição, o endereço, o público beneficiado e o responsável pela instituição. As instituições localizadas no bairro do Saco Grande e Monte Verde foram mapeadas de forma mais detalhada, além dos dados acima citados, foram levantados: quais os projetos desenvolvidos por cada instituição, qual a capacidade de atendimento à população (por exemplo, o número de vagas nas creches), de que recursos humanos e financeiros dispõem a entidade e quais são as probabilidades de desenvolver novos projetos ou programas, estes dados foram obtidos através de visitas realizadas pela equipe do Serviço Social às instituições.

Dentro das ações sócio-educativas desenvolvidas pelos profissionais da residência, as estagiárias participaram em três delas: grupo de mulheres, mural da cidadania e sala de espera.

O grupo de mulheres foi realizado no Morro do Balão localizado no Saco Grande, próximo à unidade de saúde. O grupo reunia-se quinzenalmente, com duração de 2 horas, era aberto a todas as mulheres da localidade que tivessem interesse em participar.

Esta atividade foi organizada por duas enfermeiras, um médico, uma odontóloga e pelas duas estagiárias de Serviço Social.

A primeira atividade desenvolvida na comunidade iniciou com a entrega de convites às moradoras do Morro do Balão. Este primeiro grupo tinha como objetivo trabalhar junto com as mulheres desta localidade qual a visão que elas tinham sobre seu papel de mulher e sobre seu corpo.

Após o término do grupo, a equipe se organizou para fazer uma avaliação do trabalho, foram levantados dois pontos importantes nessa avaliação: um deles foi em

relação ao local onde ocorreu o encontro, a casa era pequena e sem ventilação; um outro ponto foi que nem todos os organizadores foram apresentados. Concluímos que para a realização do próximo grupo era preciso uma maior integração da equipe organizadora.

O mural da cidadania foi outra ação desenvolvida pelo Serviço Social, um espaço que consistia em informações aos usuários da unidade, referentes aos direitos sociais e ao direito à saúde, sendo que o primeiro mural trouxe informações sobre o que é ser cidadão. O mural circulava semanalmente pelas três salas de espera da unidade, objetivando que todas as pessoas que entravam e utilizavam os serviços de saúde da unidade tomassem conhecimento de seu conteúdo.

A terceira e última ação sócio-educativa desenvolvida pela equipe da residência, que contou com a participação das estagiárias de Serviço Social, foi a sala de espera. Este espaço era utilizado como uma forma de transmitir conhecimento e informação à população usuária. Eram realizados esclarecimentos sobre o funcionamento da unidade de saúde, sobre os direitos dos usuários, sobre os programas existentes na comunidade, sobre o Conselho Local de saúde (o que é o conselho e qual a importância da participação da população neste conselho).

A sala de espera funcionava também como um espaço para que a população pudesse expressar suas angústias e fazer suas reivindicações em relação aos serviços de saúde da unidade.

Neste período, as estagiárias de Serviço Social participaram e acompanharam outras atividades realizadas pela equipe da residência, tais como:

1- Momento de Integração: esta atividade conta com a participação de todos os residentes e alguns supervisores locais. Neste espaço, os profissionais relatam casos ocorridos durante o período de atendimento na unidade, estes casos são discutidos e são realizados alguns

encaminhamentos. O momento de integração acontece quatro vezes por semana na própria unidade de saúde;

2- Seminários na Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária – FAPEU: estes seminários acontecem todas as quartas-feiras no período da tarde, participam todos os dezoito residentes dos dois Centros de Saúde. São apresentados através de seminários questões que as equipes vivenciam nos Centros de Saúde.

3- Reuniões de Planejamento da Equipe da Residência: as reuniões acontecem todas as terças-feiras com o objetivo de organizar, planejar e efetivar as ações planejadas dentro das tarefas cotidianas da equipe como um todo.

A participação e acompanhamento destas atividades foram de fundamental importância para a definição e organização das atividades do serviço social dentro da unidade.

As atividades realizadas nesta Unidade de Saúde foram complementadas com a participação em diversos seminários na área de Serviço Social e Saúde: I Encontro de Serviço Social do Hospital Universitário, Semana do SUS, V Conferência Municipal de Saúde, Oficina de Informação/SIAB e palestra sobre O Serviço Social na Contemporaneidade, ministrada pela assistente social Carmelita Yasbeck.

Diante do que foi apresentado, podemos constatar que um dos maiores problemas encontrados pelo Serviço Social, neste processo de inserção na residência multiprofissional em saúde da família, foi o fato de que apesar de fazer parte da equipe, muitos profissionais não têm conhecimento de seu trabalho.

Ainda hoje, podemos verificar que alguns profissionais da área da saúde vêem o assistente social como o profissional que faz “caridades”, que está ali somente para cuidar do emergencial.



Costa (2000, 61) afirma que o trabalho do Serviço Social na área da saúde exige que esse profissional tenha “a capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas e as em curso; conheça a realidade econômica, social e, sobretudo, o nível de organização política dos usuários da localidade e área em que trabalha; domine conhecimentos e técnicas para assessorar e mesmo, desencadear processos de mobilização, em que, mais que interpretar mudanças, requer o trabalho da população a acreditar e a se engajar no referido processo”.

Conforme nos expõe Costa:

a objetivação do trabalho do assistente social, neste campo de prestação de serviços, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema (COSTA, 2000, 62).

Acreditamos que, com o tempo, a equipe de Serviço Social possa estar mais presente na realização das atividades, permitindo aos residentes perceber o quanto é imprescindível o trabalho deste profissional, como, por exemplo, na concretização e efetivação dos direitos sociais, ou no trabalho com famílias, mobilizando-as para o exercício efetivo da cidadania. Pois depende dos profissionais de Serviço Social a conquista deste espaço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho trouxe contribuições significativas a minha formação profissional e também para a reflexão sobre o processo de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde. Este estudo me proporcionou um maior entendimento sobre o conceito de saúde no Brasil e das políticas sociais.

A VIII Conferência Nacional de Saúde trouxe uma grande contribuição para a estruturação do sistema de proteção social brasileiro. Foi através desta conferência que profissionais da saúde e militantes do Movimento Sanitário propuseram um novo modelo de assistência à saúde. A partir daí foi estruturado o SUS, que começou a ser implantado em 1988 e se fundamentou numa nova concepção de saúde. Com isto, houve um avanço no modelo de atenção à saúde. Este passou a ter uma visão de totalidade sobre os indivíduos e a trabalhar com base na promoção e na proteção à saúde, integrando ações preventivas e curativas.

Para implantação deste modelo, reorganizou-se o sistema de saúde, as ações básicas, individuais e coletivas dirigidas à população ou grupos específicos na prevenção e promoção da saúde, tratamento e reabilitação; as ações secundárias responsáveis pela assistência hospitalar, atendimento especializado; e ações terciárias, atendimento hospitalar de alta complexidade.

Neste sentido e com o objetivo de proporcionar maior acesso ao sistema e a universalização do atendimento a saúde, com enfoque na família e na comunidade, o Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa Saúde da Família, incorporando-os às

unidades básicas e prevendo o acompanhamento permanente das famílias e indivíduos que moram num espaço territorial próximo.

É neste contexto que o Serviço Social está inserido. O trabalho desenvolvido por assistentes sociais com famílias na área da saúde, através de ações sócio-educativas, sócio-terapêuticas e o trabalho com redes, entre outros, está dentro do que preconiza o SUS e o Programa de Saúde da Família, ou seja, um olhar além da doença e do indivíduo, buscar entender como o processo saúde-doença é construído no espaço da família e como ela pode contribuir para o seu enfrentamento de forma a promover a saúde de seus membros.

Este estudo também me proporcionou visualizar, através das leituras relacionadas ao Serviço Social, os espaços profissionais e principalmente, a discussão da ação profissional dos assistentes sociais na área da saúde. Através do conhecimento das ações propostas pelo Serviço Social, foi possível sistematizar a experiência de estágio, enquanto prática profissional, numa unidade básica de saúde, juntamente com uma equipe multiprofissional.

A partir deste estudo, considero ter atingido meus objetivos à medida que consegui identificar os espaços onde o Serviço Social está inserido, a lógica que permeia as políticas de saúde nestes espaços e as ações profissionais desenvolvidas dentro dessa lógica.

Diante do que foi apresentado e de uma avaliação sobre a prática do Serviço Social, acredito na necessidade de ampliar a atuação com as seguintes sugestões:

- Fortalecer o papel do Serviço Social dentro da equipe de residentes;
- Acompanhar e participar, de forma efetiva, do conselho local de saúde;
- Colocar em prática o projeto de articulação com o Hospital Universitário;
- Priorizar o estudo social das famílias em situação de risco como atividade específica do Serviço Social.

Apontamos o desafio para o Serviço Social e o Ministério da Saúde, de fazer do Programa Saúde da Família não mais um programa paralelo à rede de saúde, mas de inseri-lo nas políticas sociais que, mesmo com seus limites estruturais e conjunturais, podem significar um instrumento de enfrentamento da pobreza, da desigualdade e da injustiça social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, C. 1988. **Constituição**, República Federativa do Brasil. São Paulo: Ática, 1988, p. 81-82: da saúde.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – **8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível: [http:// www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/). Acesso em: 07 de janeiro de 2003.

BRASIL - 8º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **A Saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, FASE, 1996. p.117 - 128 (Anexo).

COHN, A (org). **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2º ed., 1999.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio: Ayuri Editorial – Abrasco, 1991.

COSTA, M. D. H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez. Ano XXI, n 62, pp 35-72, março de 2000.

I Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência. **Projeto do Curso**, maio de 2002.

LACAZ, F. A . C. - **Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador**. Saúde e Sociedade v.03 nº01, São Paulo, 1994.

MEDINA, M. G. **Avaliação da Atenção Básica**: construindo novas ferramentas para o SUS. In Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2000, n 21, pp15-28.

MINAYO, M. C. S.. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2.ed., 1993.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional Básica**: Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Norma Operacional da Assistência**: Sistema Único de Saúde/NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2002.

MIOTO, R. C. T. **A Perícia Social**: proposta de um percurso Operativo. Universidade Federal de Santa Catarina, 199\_.

\_\_\_\_\_. **Família e Serviço Social**. In Revista Serviço Social e Sociedade, 1997, Ano XV, novembro, n 55.

\_\_\_\_\_. **O Trabalho com Redes como Procedimento de Intervenção Profissional: o desafio da requalificação dos serviços**. In Revista Katálisis v 5, 2002, pp 51-58.

\_\_\_\_\_. **Análise e Avaliação do Processo de Trabalho em Serviço Social**. Aula expositiva ao curso de Serviço Social da UFSC, ministrada em 03/10/2002.

MULLER NETO, J. S. . **Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores**. In Revista Saúde em Debate: n 31, Londrina: CEBES, 1991.

OLIVEIRA, M. S. A academia “apostando”na estratégia da Saúde da Família. In Revista Brasileira de Saúde da Família, Ano I, n 03, 2000, pp 46-52.

PAIM, J. M. A - **Reforma Sanitária e a Municipalização**. Saúde e Sociedade, v. 01 nº02, São Paulo, 1992.

PEREIRA, T. R. C. **O que foi o SUDS**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

**Roteiro da Oficina de Territorialização e Planejamento Local de Saúde:** Centro de Saúde Saco Grande II. Elaborado por: Marta Verdi, Magda Scherer, Marise N. Pereira e Renata Borges, junho de 2002.

SANTOS, L. M. **Grupos de Promoção À Saúde no Programa Docente Assistencial em Florianópolis: a ação dos coordenadores e o setting grupal.** Florianópolis: UFSC, 2002. (Dissertação de Mestrado).

SCHERER, M. D. A. **A Interdisciplinaridade na Estratégia de saúde da Família.** (Projeto de Doutorado), 2002.

SEEMANN, G. **O Serviço Social na Área da Saúde: contribuições para a reflexão sobre a prática profissional.** Florianópolis, UFSC, 2001. (Trabalho de conclusão de curso).

SOUSA, M. F. **Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades.** In *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 2000, n 21, pp 07-14.

VALLA, V. V. **Educação popular e conhecimento: a monitorização civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras.** In *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997, pp105-116.