

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS SERGIPE

- FANESE

NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO E EXTENSÃO - NPGE

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

NATÉRCIA MEDRADO GOMES

**ASSISTÊNCIA SOCIAL E O PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - PSF**

Aracaju – SE

2010

NATÉRCIA MEDRADO GOMES

**ASSISTÊNCIA SOCIAL E O PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - PSF**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão da FANESE, como requisito para
obtenção do título de Especialista em
Gestão de Saúde Pública.**

Aracaju – SE

2010

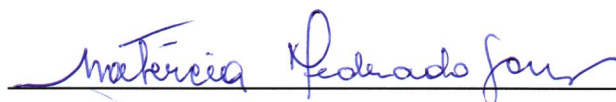
NATÉRCIA MEDRADO GOMES

**ASSISTÊNCIA SOCIAL E O PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA - PSF**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e
Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE,
como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública.**

Cristina de Jesus Reis de Araújo

Cristina de Jesus Reis de Araújo



Natércia Medrado Gomes

Aprovado (a) com média: _____

Aracaju (SE), 24 de Junho de 2010.

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo mostrar a relação entre o serviço social e o Programa de Saúde Família - PSF. Neste sentido, questiona-se: Porque este profissional que tem contribuído e lutado pela ampliação de políticas públicas visando os direitos e a inclusão de seguimentos de populações no setor de assistência pública, não está inserido legalmente no programa saúde da família? Este trabalho desenvolveu-se de pesquisas feitas, a partir de leituras de grandes obras e artigos de autores referência tanto do campo da saúde quanto da área do Serviço Social. Observou-se a falta de reconhecimento do profissional assistente social dentro do Programa Saúde da Família, já que a profissão se caracteriza de forma humanística na busca do bem estar do cidadão como um todo. Este profissional é de extrema importância para o programa, pois desenvolve o papel de articulador (conhecedor dos problemas sociais) entre a comunidade e o referido programa.

Palavras-chaves: Saúde Família, Serviço Social e Políticas Públicas.

ABSTRACT

This article aims to present the relationship between social work and the Brazilian Family Health Program – PSF (acronym for Portuguese “Programa Saúde da Família”). In this sense, a question comes to mind: Why is this professional - who has contributed and struggled for the expansion of public policies aimed at the rights and inclusion of segments of populations in the sector of public assistance - not legally included in the Family Health Program of Brazil? This article is the result of a research, based on the reading of major works and articles by well-known writers, concerning Public Health and Social Work. There is a lack of recognition of the role played by social workers within the Family Health Program, since this profession is characterized by a humanist effort toward the welfare of citizens as a whole. Social workers are extremely important in this program, because they play the role of mediators among communities and this program (they are aware of social problems).

Keywords: Family Health, Social Work and Public Policies.

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
1 - INTRODUÇÃO	07
2 - SERVIÇO SOCIAL? UM POUCO SOBRE A PROFISSÃO.....	08
3 - SAÚDE PÚBLICA, SUS E O PSF.....	11
4 - SERVIÇO SOCIAL E SUA ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	16
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1 - INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde no Brasil tem suas marcas na política do país, logo, a cada momento em que o país apresentou mudanças no campo político, ocorreram simultaneamente mudanças na área da saúde, por exemplo: no início do século XX, a cura dos doentes era realizadas por instituições de caridade, ou seja, dependia de doações. Hoje, depois de um longo processo de lutas que contou com apoio e a participação de profissionais de diversas áreas e classes sociais. Muitos destes com interesses próprios garantiu-se pela Constituição Federal de 1988, a criação do SUS – Sistema Único de Saúde -, que pelo que reza a Carta Magna, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Segundo CORREIA¹:

Em 1988, articulam-se no Movimento Nacional de Reforma Sanitária os movimentos sociais, sindicatos e parlamentares, estes fazem pressões na Assembléia Nacional Constituinte para inserir suas pretensões no texto constitucional: a conquista do SUS. Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e setores conservadores, até se garantir na Constituição Federal a Saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação.

Ao falar da trajetória da saúde pública no Brasil é preciso ter conhecimento sobre a história política do país fazendo uma associação entre política (no sentido próprio da palavra) e políticas de saúde. No decorrer da história do país observa-se que a saúde e a política não são termos dissonantes, ao contrário ambos estão associados mantendo uma ligação em comum com o cidadão, que é a de ordem social. Sobre as mudanças ocorridas a no campo da saúde pública, em termos cronológicos remontam principalmente a década de 1930, período populista de Getúlio Vargas até a Constituição de 1988, com a criação do modelo de atenção

¹ Maria Valéria Costa Correia é professora de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) E Doutora e Serviço Social. O trabalho de CORREIA intitulado: *Controle Social na Saúde*, discorre sobre a temática da participação dos diversos seguimentos sociais no Movimento da Reforma Sanitária, na luta para a implementação do SUS.

à saúde pública, denominado Sistema Único de Saúde – SUS, em 1993 cria-se nas Unidades de Saúde, O Programa Saúde da Família - PSF.

Este trabalho divide-se em quatro tópicos e pretende discorrer sobre a relação do Assistente Social e o Programa Saúde da Família - PSF, inicialmente abordará um pouco sobre *a História do Serviço Social no Brasil* e sua auto-afirmação enquanto profissão, num período de 1930 a 1990, com respaldo teórico retirado do texto elaborado pela Comissão de Organização e Fiscalização Profissional – COFI. Em seguida tornar-se essencial para a compreensão deste trabalho conhecer um pouco da tríade: *Saúde pública, SUS e PSF*, um apanhado histórico da saúde pública no Brasil da década de 1930 até a criação do Sistema Único de Saúde, como surgiu o SUS e sua unidade menor o PSF. O terceiro tópico: *Serviço Social e sua atuação no campo da saúde*: discorre sobre a profissão, sua atuação no campo da saúde e de como mesma é vista dentro do programa saúde da família e por fim o tópico quatro que se traduz na *conclusão* do trabalho.

2 - SERVIÇO SOCIAL? UM POUCO SOBRE A PROFISSÃO

A regulamentação da profissão de Serviço Social² no Brasil data de 1957, no entanto as primeiras escolas de formação profissional surgem a partir de década de 1930 (recebe a influencia do modelo europeu). Inicialmente o surgimento desta profissão está vinculado à Igreja Católica, no contexto da crise mundial de 1929 e a Revolução de 1930. Para IMAMOTO e CARVALHO em seu livro *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*, o surgimento do Serviço Social no Brasil não se baseará, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações, de classes, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica.

“A medida em que avança o desenvolvimento do capitalismo, cresce, igualmente a condição de miserabilidade da classe trabalhadora, massacrada pelos baixos salários e por exaustivas jornadas de trabalho. Amplia-se o

² O art. 4º da Lei nº 8.212/91 dispõe que “a Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, a maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e a pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à seguridade Social”.

contingente populacional da massa operária nos grandes centros urbanos e sua presença política na sociedade. Nesse cenário, torna-se necessária também uma modificação no perfil do Serviço Social e na prestação da assistência, que passa da caridade tradicional, em suas diversas manifestações filantrópicas, sob a égide da igreja católica, altamente vinculada à classe dominante, para a centralização de racionalização da atividade assistencial e de prestação de serviços sociais por parte do Estado". (p. 127).

Em relação a atuação do serviço social na área da saúde, a partir de 1930, ocorre a institucionalização dos serviços de saúde (centralização da saúde pública); a política de saúde estende-se a todos os trabalhadores da rede pública. Antes de 1930, o assistente social atuava no campo da saúde com caráter assistencialista, as atribuições deste profissional eram semelhantes as de auxiliar médico. Depois de 1930³, "o serviço social começa a atuar nas instituições públicas, executando as políticas sociais, implementadas pelo Estado" (p.25). Para Bravo⁴ a expansão do serviço social está relacionada as mudanças sócio-históricas do país, a autora, assim como defende IAMAMOTO pontua que a expansão da profissão no Brasil se deu devido as crescentes investidas do capitalismo no país e as mudanças que ocorreram no panorama internacional, pós 2ª guerra mundial, principalmente na área da saúde .

Na década de 60, o profissional de Serviço Social, envolvido nos grandes acontecimentos nos campos político, sócio-econômico se faz presente a necessidade de reconceituação (questionamento do conservadorismo) e revisão das práticas teóricas e metodológicas do Serviço Social. As mudanças ocorridas dentro desta profissão visavam romper com teoria, ideologia e a prática anterior, que concebia o conservadorismo.

Essas mudanças fazem parte de um movimento que ficou conhecido como de Reconceituação, a partir deste "... as instituições tornam-se espaços alternativos de lutas, onde o assistente social deveria romper e negar as formas antigas de relações. Atuando de acordo

³ A partir de 1930 começam a ocorrer mudanças na metodologia da profissão do assistente social, o que não significa dizer que neste período não havia mais a influência da Igreja Católica, pois grande parte dos professores dessas escolas eram religiosos.

⁴ Professora aposentada da UFRJ. Professora adjunta da faculdade de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenadora do projeto políticas públicas da Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro. Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Doutora em Serviço Social pela PUC-SP.

com a realidade brasileira, tomando como objeto de ação profissional a ação da classe oprimida, transformando a sociedade e o homem”. (NASCIMENTO: 2004 p26).

Todas as transformações por que passou o serviço social desde seu surgimento foram gratificantes, mas é na década de 1990 que se consolida a profissão no Brasil, mais especificamente em 7 de junho de 1993, pela Lei 8662/93. Apesar da conquista auto-afirmativa é nesta década que se concretiza no país o projeto político econômico, projeto neoliberal⁵, confrontando-se com o projeto profissional hegemônico, no Serviço Social.

Para exercer a profissão de assistente social é necessário ser graduado com o diploma registrado no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS)⁶ do Estado onde pretende trabalhar. Segundo IAMAMOTO e CARVALHO, diz que “A expansão dos serviços sociais nos século XX, está estreitamente relacionada ao desenvolvimento da noção de cidadania” (p. 89). Ou seja, cidadania aqui, como objeto de estudo que relaciona a profissão do Serviço Social com assistência à saúde pública no Brasil, mais especificamente no Programa Saúde da Família (PSF).

O texto elaborado pela Comissão de Organização e Fiscalização Profissional -COFI – CFSS, relata que: a formação do (a) Assistente Social é de cunho humanista, ou seja, comprometida com valores que dignificam e respeitam as pessoas em suas diferenças. Este profissional deve desenvolver a capacidade crítica/reflexiva para compreender a problemática e as pessoas com as quais lida, portanto é exigido dele habilidade para comunicação, e expressão oral e escrita, articulação política para angariar encaminhamentos técnico-operacionais, sensibilidade no trato com as pessoas, conhecimento teórico e organização.

O assistente social pode atuar em várias áreas visando às políticas públicas, de forma que promova a inserção ou acesso dos segmentos de populações aos serviços e benefícios do setor público, principalmente o de Seguridade Social. Este profissional trabalha problemáticas relacionadas a: Crianças moradoras de rua, em trabalho precoce, hospitalizados, doentes, idosos asilados, entre outros, mas a pretensão deste trabalho é mostrar a importância ainda

⁵ Na década de 1990, o governo de Fernando Collor de Melo, consolida o projeto político-econômico no país, este projeto contrapõe-se a proposta da Reforma Sanitária (de universalização da saúde) e ao projeto profissional hegemônico do Serviço Social. O projeto neoliberal defendido pelo governo em conjunto com empresas internacionais, promove privatização e conseqüente mercantilização da saúde e da previdência e ampliação do assistencialismo.

⁶ Órgão de fiscalização do exercício do profissional no país, existem 24 CRESS e 3 delegacias de base Estadual e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), regulamentado pela Lei, 8662/93.

que não reconhecida deste profissional no programa saúde da família, já que o mesmo tem-se caracterizado pelo seu interesse, competência e intervenção na gestão de políticas públicas contribuindo na construção e defesa delas, a exemplo do Sistema Único de Saúde - da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS⁷.

Em relação à atuação deste profissional no campo da saúde MARTINS⁸ em seu livro *Direito da Seguridade Social* relata que “A assistência médica, hospitalar, farmacêutica, ambulatorial e odontológica fica, porém, na responsabilidade da área de saúde” (p.471). No entanto, é incompreensível que o profissional tão importante como o assistente social com suas características voltadas para o bem estar das pessoas que busca bens e serviços, dentro da ativa sociedade de classes, seja um profissional facultativo no Programa Saúde da Família, pois o papel do assistente social é articulação entre o usuário e os programas desenvolvidos dentro das Unidades de Saúde.

3 - SAÚDE PÚBLICA, SUS E O PSF

A saúde pública é um direito constitucional, o Brasil possui uma população com mais de 160 milhões de habitantes. Observa-se é que há uma enorme necessidade de políticas públicas que visem à melhoria do povo brasileiro. O país é possuidor de uma imensa extensão territorial na qual se faz presente de maneira explícita em suas extremidades a discriminação econômica, social e política.

No início do século XX, diante do desenvolvimento expansionista das cidades brasileiras (mais especificamente o Rio de Janeiro), o Estado investiu em campanhas sanitárias. Estas campanhas tinham por objetivo desenvolver programas de saneamento ambiental, assim como mudar a face de algumas cidades do país, a exemplo o Rio de Janeiro que na época era a capital do Brasil.

⁷ LOAS Capítulo I: das definições e objetivos, Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

⁸ Sérgio Pinto Martins é bacharel em Direito, Ciências Contábeis e Administração de empresas. É mestre em Direito tributário, doutor e livre-docente em Direito do Trabalho pela Faculdade de Direito da USP.

Um dos êxitos da campanha sanitarista foi o controle de algumas epidemias (febre amarela, varíola e febre tifóide). Conseqüentemente este fato, possibilitou lucros, pois propiciou a eliminação de vários constrangimentos. Num sentido explícito do Estado que prioritariamente estava preocupado com o desenvolvimento econômico e não com a situação de saúde da população (NASCIMENTO, 2004).

Em 1930, no período do Governo de Vargas a saúde ficou centralizada foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) estes assistiam apenas os trabalhadores do serviço público. Em 1933, foram criados o Conselho Superior de Previdência Social - órgão de recursos em questões referentes a prestações - e o Departamento de Previdência Social. Em 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social que é resultado da união de todos os IAP's. Para Rosa e Labate, As estratégias da políticas de saúde nem sempre visavam o bem-estar da população, As políticas de saúde no Brasil refletiam o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras. Segundo estes autores na década de 70 (período da Ditadura militar) foi construído uma sólida estrutura de atenção médica, privilegiando a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde pública eram mínimos.

Em 1984, a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) promoveram uma reunião para avaliação dos Programas de Ação Integradas da Saúde. O encontro reforçou a posição do movimento sanitário no sentido de se promover a unificação do sistema de saúde. Nesse movimento, a reforma sanitária tem um momento de marco histórico em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde.

A constituição de 1988 trouxe inovações para o campo da saúde, estas inovações consagravam o direito à saúde, acesso universal, igualitário e gratuito as ações e serviços de saúde. Sendo assim, o sistema de saúde no Brasil a partir de 1988 adotou uma nova forma de organização. A Saúde a partir de 1988, “apresenta seus fatores condicionantes, entre outros, a educação, a moradia, a alimentação, o trabalho, a renda, o transporte... os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Em 1990, cria-se o Sistema Único de Saúde – SUS – para consolidar os direitos previstos na constituição. Regulamentado pela Lei 8.080/90⁹, da Constituição Federal de 1988, “O SUS, é formado pelo conjunto de todas as 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. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de forma complementar” (SUS-PRINCIPIOS, 2000).

A criação do SUS, em grande parte é relegada ao movimento de Reforma Sanitária brasileiro da década de 70, organizado por militantes oriundos de várias profissões e com distintas orientações políticas, ou seja, seu surgimento foi uma importante conquista social. Seus princípios são os seguintes: Atender a todos os cidadãos brasileiros de maneira equânime, atuar de maneira integral, ser racional, eficiente e eficaz, estes princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (SUS – PRINCIPIOS, 2000). Para Menicucci¹⁰ em seu artigo: *Política de Saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual*, que discorre sobre as implicações para a implantação do SUS e dos princípios constitucionais da universalidade e igualdade. Para a autora não se tem um sistema único, mas sistema dual constituído por dois seguimentos: o público-estatal e o privado. A implementação do SUS, com objetivo especificamente de reorganização da saúde sem dúvidas foi uma grande conquista social, se olharmos a trajetória da saúde pública no Brasil. No entanto para que o sistema funcione em consonância com as necessidades do cidadão brasileiro (principalmente aquele oriundo das classes subalternas) não se transformando em sistema apenas de uso político, depende de uma boa administração e de profissionais engajados e conhecedores dos problemas sociais. NASCIMENTO em seu trabalho de conclusão de curso – TCC relata que:

Porém a década de 90 foi fortemente marcada pela incorporação de um projeto neoliberal no país, onde o Estado passa a diminuir gradativamente a sua atuação no enfrentamento da questão social. Neste contexto a trajetória

⁹ Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc.

¹⁰ Telma Maria Gonçalves Menicucci é Doutora em Ciências Humanas: Sociologia e Política pela UFMG, professora pesquisadora da Fundação João Pinheiro.

das políticas de saúde no Brasil favorece de forma acentuada os interesses privados no campo da saúde, enfraquecendo o desenvolvimento do SUS e transformando a saúde em uma mercadoria extremamente lucrativa. (p.19).

O programa Saúde da Família surgiu do êxito obtido pelo PACS¹¹, na gestão do ministro da saúde Henrique Santillo, se caracterizou na reformulação de um modelo assistencial de atenção a saúde. Este programa recebeu a influência dos países: Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, países referências em programas de organização relacionados ao campo da saúde. Sobre os objetivos e a Intersetorialidade do PSF relata NASCIMENTO:

Seu principal objetivo é complementar o sistema de saúde anterior, vendo o paciente como um todo, seu problema de saúde, seu aspecto psicológico, sua vida em família e na comunidade, proporcionando um melhor nível de saúde, através de uma equipe multidisciplinar¹², compostas por médicos, assistentes sociais, enfermeiros e agentes de saúde. Direcionando o foco de atenção à família, que passa a ser a unidade de cuidado de saúde. Isto implica aos profissionais da saúde conhecer a estrutura, peculiaridades e as dificuldades das famílias, bem como da comunidade em que vai atuar, e com bases nas informações obtidas, os profissionais do PSF utilizam seu conhecimento, para, juntamente com ela, pensar em implementar a melhor assistência possível. A análise da saúde da família inclui simultaneamente saúde e doença, indivíduo e coletivo, e o bom funcionamento da família na sociedade, que envolve muito mais do que saúde física.

O PSF surge estrategicamente, como uma forma de reorganizar o modelo assistencial de saúde, que antes estava centrado em hospitais, possuímos um grande contingente populacional com anseios por melhores políticas públicas. Este programa se traduz em uma tendência a valorização da família frente às políticas sociais, logo, a saúde¹³ se torna uma questão de ordem social. O usuário do programa não é mais visto como uma parte, mas como um todo e para a efetuação deste trabalho é necessário a participação de profissionais

¹¹ Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) foi criado em 1991, este programa tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Diante do sucesso obtido a partir dele e das reuniões ocorridas nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília – DF, o Ministro da Saúde Henrique Santillo implementa novas ações voltadas agora para a família como um todo criando assim, o PSF.

¹² Multidisciplinar no contexto do programa saúde família, está relacionado a intersetorialidade, o que implicaria numa maior interação dialógica de profissionais das diversas áreas dentro das Unidades de Saúde.

¹³ Em 1986, ocorre a VII conferência nacional da Saúde, a partir desta surge uma nova visão sobre o conceito de saúde, que se define não mais como ausência de doenças, mas a presença de um completo bem-estar físico, mental, social e econômico.

conhecedores não só de problemas patológicos como também dos problemas sociais. PSF é composto por uma equipe de multiprofissionais¹⁴. Seus princípios reafirmam o do SUS, sua implantação fica a cargo da administração do município, este deve apresentar a proposta ao conselho de saúde e discutir o projeto com a comunidade. O atendimento do PSF é prestado na Unidade Básica de Saúde, ou no domicílio pelos profissionais que fazem parte das equipes de saúde família. As responsabilidades de cada profissional que fazem parte do programa são:

Médico: este profissional tem a incumbência de atender os integrantes de cada família, desenvolve com os demais membros da equipe, ações preventivas que visem uma melhor qualidade de vida dos cidadãos;

Enfermeiro: Supervisiona o trabalho do Agente de Saúde e do Auxiliar de enfermagem, atende os usuários do sistema, tanto nas unidades de saúde como no domicílio, neste caso depende do grau de necessidade da pessoa assistida;

Auxiliar de enfermagem: Desenvolve os procedimentos básicos de enfermagem nas unidades e nos domicílios, executa ações de orientação sanitária;

Agente de Saúde: Interliga as famílias aos serviços de saúde, a este profissional cabe visitar a população em suas casas pelo menos uma vez por mês, mapea cada área e realiza o cadastramento das famílias.

Analisando o histórico das políticas voltadas para a saúde no Brasil, o SUS e sua unidade (o PSF), se mostram mais democráticos segundo o que está descrito em seus princípios. A formação de equipes multidisciplinares viabiliza um trabalho voltado para a realidade social de cada indivíduo, na busca de enfrentar os fatores determinantes do processo saúde/doença. Ambos dependem de como se dar as ações dos profissionais envolvidos no programa, com referencia não só a equipe que trata dos problemas patológicos mais aquela que focaliza os problemas sociais a exemplo o Assistente Social.

¹⁴ Cada equipe do programa é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, agentes comunitários. Os profissionais como os dentistas, assistentes sociais, e psicólogos formam a equipe de apoio de acordo com as necessidades da comunidade.

4 - SERVIÇO SOCIAL E SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE

A saúde é elemento primordial para cada indivíduo, e está garantido pela carta Magna de 1988. É vista como um problema social, resultado da estrutura histórica sócio-econômica do país. O Brasil é marcado por uma forte discriminação sócio-econômica que tem respaldos consequenciais em uma série de determinantes (fome, miséria, moradia, empregos entre outros fatores) que influencia diretamente o bem-estar da população. Conhecedor desta realidade, o Assistente social tem a tarefa de vincular o cidadão aos programas sociais dos quais os mesmos tem direitos, pois este profissional tem sido tributário das contribuições práticas e teóricas para ampliação de políticas públicas. Partindo deste pressuposto não se justifica que seu trabalho dentro do Programa Saúde da Família seja algo opcional.

A Educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano e na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura de diferentes realidades. No entanto a pesar dessa indicação do DNSP/MS, o que era praticado na rede básica de serviços de saúde continuava reduzindo a complementarização do ato médico e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene. Sua atenção era dirigida a tentativa de diminuir o eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças (ROSA apud, ALVES).

O assistente social, em sua trajetória na história (insere-se o contexto dos movimentos sociais da década de 70, pela Reforma Sanitária contrapondo ao modelo médico - assistencial – privatista da época) do Brasil apresenta uma relação direta no campo da saúde que se amplia a partir da década de 80, momento de mudanças no campo político e no campo da saúde. O assistente social foi e é personagem ativo destas mudanças, visto que, o mesmo caracteristicamente desempenha ao longo do tempo atividades que relaciona o controle social à saúde¹⁵, logo, tal profissional é indispensável ao programa saúde da família, seu conhecimento teórico-metodológico é a ligação faz entre a comunidade carente e os programas desenvolvidos na área da saúde. É necessário ressaltar que umas das propostas da Reforma Sanitária e um dos princípios do SUS são garantir o acesso universal de forma equânime à saúde.

¹⁵ Segundo CORREIA: A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas posteriores (p.01).

Serviço social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária – maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de prevenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente, com o modelo político econômico implantado no país (MATOS e BRAVO, p.202).

Na década de 90 travam-se dois embates: o projeto de Reforma Sanitária x o projeto privatista, segundo BRAVO o atual governo, ora fortalece o projeto da reforma sanitária, ora focaliza o projeto privatista (BRAVO e MATOS p.211). Neste campo de tensões se encontram os profissionais do serviço social, eximidos da realização de suas práticas teórico-metodológicos na área da saúde, visto como um profissional cuja funcionalidade depende do querer de uns. Bravo explica o porquê desta visão da seguinte maneira:

... A crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha para a negação da formação original em serviço social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (BRAVO e MATOS, p.211-12. 2006).

Neste sentido fogem aos preceitos do SUS em relação a intersetorialidade e formação de equipes multidisciplinares do programa saúde família, cuja proposta é que haja uma interação e que esta resulte na resolução dos problemas originários do esfacelamento sócio-econômico das grandes massas desejosas de políticas públicas. A atuação do assistente social se dá em articulação com as demais profissões na busca de soluções e resultados que contemple à comunidade com o direito social à saúde. Dos princípios fundamentais direcionados ao campo da saúde descrito no código de ética do serviço social estão:

- “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”;
- “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”;
- “Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física”;

- “Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores”;
- “Posicionamento em 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”; (Código de Ética Profissional dos Assistente Social, 1993).

Na metodologia de ação do profissional a triagem, o diagnóstico e o parecer social são fases que devem fornecer ao profissional os elementos que subsidiem a sua prática interventiva, podendo até integrar os usuários a grupos que apresente problemáticas semelhantes, possibilitando que estes se socializem entre si, no sentido de discutirem a respeito de seus problemas e ajam para reverter suas situações. O assistente social atua sempre em conjunto com outros profissionais da área de saúde, ressaltando que o trabalho do assistente social não se restringe apenas ao usuário, se estende a toda família. (NASCIMENTO, apud SANTOS, BARROS E RODRIGES: 1999).

O campo da saúde constitui o principal Campo de atuação do serviço social nos dias atuais, a Reforma Sanitária objetivava a democratização e a descentralização da Saúde pública, ou seja, enfrentar a saúde como uma questão social, logo, é crucial ter-se uma estrutura sócio-econômica sólida, uma estrutura que não apresente discriminações resultando assim, no bom funcionamento da sociedade como um todo. Partindo deste pressuposto é necessário ter conhecimento das atribuições do serviço social na área da saúde:

1. Esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
2. Elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;
3. Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária.

Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;

4. Criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
5. Realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;
6. Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infecto-contagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;
7. Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
8. Sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
9. Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.
10. Realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades

competentes bem como a verificação das providências cabíveis. (CFESS: *Parâmetros do Serviço Social na Saúde*, p33 -34. 2009).

O assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pela normatização da política de saúde (BRAVO, 2006, p.199).

Serviço Social na atualidade têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais na defesa do projeto de Reforma Sanitária. Tem-se por pressuposto que as transformações nas políticas sociais, e na saúde em particular, só serão efetivadas por meio de um amplo movimento de massas, que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital, e lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS – 2009).

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Análise da história do Serviço Social aliada à trajetória da saúde no Brasil, na busca de entender a lacuna que existe nestes dois campos e que não é justificada, pois se o que se verificou no decorrer deste trabalho foi a grande importância do assistente social no campo da saúde, especificamente no Programa saúde da Família, foi à proposta do presente trabalho. Para tanto as leituras referências em ambas as áreas foram essenciais no desenvolvimento e compreensão do objeto estudado. Não restam dúvidas de que o papel do assistente social na área da saúde é essencial, o se que afirmou ainda mais com a implantação do SUS na década de 1990 e as mudanças teórico-metodológicas do serviço social a partir dos anos 80, que rompeu com as vertentes conservadoras. A partir das leituras referências no campo da saúde e na área do serviço social se torna visível que o fato pelo qual este profissional não estar inserido legalmente dentro do PSF, se trata de uma luta de poderes com respaldo político, esta luta tem subjugado e deixado em segundo plano aqueles que mais necessitam de políticas sociais.

As conquistas sociais obtidas no decorrer do tempo, como SUS, visto que se buscou um modelo que pudesse atender pelo menos as necessidades básicas do cidadão brasileiro,

merecem créditos, no entanto a organização interna do sistema e de suas unidades precisa ser revisto no intuito de que seus princípios sejam preservados. O projeto político neoliberal da década de 90 fez com anos de lutas sociais, se tornassem apenas sonhos e que a teoria buscada ficasse apenas no papel, mas a trajetória histórica do serviço buscou não somente a renovação de suas práticas como simultaneamente um trabalho voltado para aqueles subjugados do poder capitalista.

O que se torna incompreensível e contraditório é que não se reconheça o trabalho daquele, que em suas atribuições e sua história de formação e de renovações está sincronizada com as políticas públicas que visam melhorias sociais, foi visto que a partir de 1930 durante o período populista a saúde foi e continua sendo o campo que mais ocupa o assistente social, pois como lidar com a doença sem ter o devido conhecimento dos problemas que deve ter causado a mesma, sem conhecer as condições socioeconômicas de cada paciente e sua relação familiar. Internalizar o conhecimento da situação social (que no Brasil em sua história a marca está implícita por injustiças sociais), e assegurar à saúde enquanto direito é tarefa do assistente social. Este inegavelmente tenta cumprir sua tarefa fundamentada no seu código de ética, não fosse às tais políticas discriminatórias e a preponderância daqueles que se dizem mais fortes e mais necessários.

6 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e Práticas Profissionais**. 2ª Ed., São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. (3ª edição revista e atualizada). Brasília: CFESS, 1997.

CORREA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde Como Instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

IAMAMOTO, Marilda ; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez e Celats, 1982.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual**. In. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Nº 87, 2006.

MOTA, Ana Elizabete *et all*. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho ; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência**. Revista Latino-americana de Enfermagem. Novembro-dezembro, 2005.

VASCOCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social Cotidiano formação e alternativas na área da Saúde.** 4º. Ed. – São Paulo: Cortez, 2007.