

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA DE LOURDES F. A. COELHO

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE
(POLICLÍNICA) NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS**

MIRACEMA DO TOCANTINS – TO

2016

MARIA DE LOURDES F. A. COELHO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE
(POLICLÍNICA) NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS

Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema, sob a orientação da Professora Msc. Josenice Ferreira Araújo.

MIRACEMA DO TOCANTINS – TO

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

C672a Coelho, Maria de Lourdes F. A..
A atuação do Assistente Social em uma unidade pública de saúde (POLICLÍNICA) no município de Miracema do Tocantins. / Maria de Lourdes F. A. Coelho. – Miracema, TO, 2016.
37 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2016.
Orientador: Josenice Ferreira Araújo

1. Assistente Social - Atuação profissional. 2. Serviço Social -
Brasil. 3. Assistência social - Miracema do Tocantins. 4. Unidade
Básica de Saúde - Policlínica. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

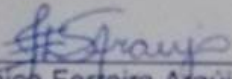
TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA DE LOURDES F. A. COELHO

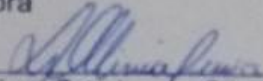
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE
(POLICLÍNICA) NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS

Monografia apresentada como pré-requisito para a conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins – Campus de Miracema, sob a orientação da Professora Msc. Josenice Ferreira Araújo.

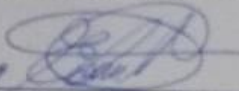
Banca examinadora:



Profa. Josenice Ferreira Araújo
Universidade Federal do Tocantins
Orientadora



Profa. Subst. Sandra de Oliveira Gomes Pereira
Universidade Federal do Tocantins



Profa. Subst. Edna Castro
Universidade Federal do Tocantins

Miracema do Tocantins – TO
Dezembro de 2016

Este trabalho é dedicado a minha mãe Domingas (in memória), aos meus filhos Thiago e Gustavo, pelo apoio e incentivo de sempre.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a DEUS por sempre estar no comando da minha vida, me dando forças e ajudando a superar os obstáculos e por não me deixar desistir nunca.

Em especial agradeço a minha mãe Domingas (In memória). Mesmo não estando presente fisicamente sempre estive em espírito. A senhora sempre será lembrada de uma maneira muito especial e carinhosa.

Aos meus filhos Thiago Almeida e Gustavo Almeida, a razão do meu viver. Obrigada por existires, as alegrias de hoje também são suas, pois o amor de vocês foram fontes de estímulo para as armas dessa vitória.

A todos os meus familiares, principalmente minhas irmãs Amélia, Evanir, Jacy e Neivon.

A minha orientadora, Professora Msc. Josenice Ferreira os maiores e mais sinceros agradecimentos. Muito obrigada!

“As vezes precisamos morrer um pouco por dentro para que então possamos renascer e crescer mais fortes e sábios, numa nova versão de nós mesmos.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

O presente trabalho objetiva compreender, a atuação do serviço social em uma unidade pública de saúde no município de Miracema do Tocantins. Busca identificar as ações desenvolvidas pelo profissional de serviço social na saúde; verificar a relação do assistente social na unidade pública de saúde junto à equipe multidisciplinar e conhecer as demandas destinadas para o assistente social na unidade de saúde aqui estudada. A problemática da investigação norteou-se pelas seguintes questões: Qual tem sido a concepção de trabalho assumida pelo assistente social na unidade foco do estudo? Qual o papel do assistente social diante da realidade de saúde vigente na unidade citada? A pesquisa tem caráter quali-quantitativo. Dentre os procedimentos adotados foi realizado um levantamento bibliográfico para identificação dos estudos já existentes e melhor compreensão da temática. Por fim, foi feita a pesquisa de campo na referida unidade pública de saúde com o propósito de compreender a atuação do serviço social na unidade pública de saúde. Foi utilizado um questionário contendo questões relacionadas à forma de trabalho do assistente social em uma unidade pública de saúde. O questionário destinou-se à assistente social da unidade pública de saúde. A pesquisa revelou que, muito embora possa haver problemas voltados para a área da saúde, o trabalho do profissional de serviço social deve estar na perspectiva de possibilitar que os usuários conheçam os seus direitos e se comprometam e se envolvam na fiscalização, acompanhamento do atendimento, se organizem, reivindique melhorias, possam propor e decidir através dos instrumentos de participação.

Palavras-Chave: Serviço Social; Saúde; Assistente Social.

ABSTRACT

The present work aims to understand the performance of social service in a public health unit in the municipality of Miracema do Tocantins. It seeks to identify the actions developed by the social service professional in health; Verify the relationship of the social worker in the public health unit with the multidisciplinary team and know the demands for the social worker in the health unit studied here. The research problem was guided by the following questions: What has been the conception of work assumed by the social worker in the focus unit of the study? What is the role of the social worker in face of the reality of health in force in the mentioned unit? The research is qualitative-quantitative. Among the procedures adopted, a bibliographic survey was carried out to identify the existing studies and a better understanding of the subject. Finally, field research was carried out in the mentioned public health unit with the purpose of understanding the performance of the social service in the public health unit. A questionnaire containing questions related to the way the social worker worked in a public health unit was used. The questionnaire was sent to the social worker of the public health unit. The research revealed that, although there may be health problems, the work of the social service professional should be in the perspective of enabling the users to know their rights and to commit and become involved in the surveillance, Organize themselves, claim improvements, can propose and decide through the instruments of participation.

Keyword: Social Service; Cheers; Social Worker.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	12
2 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL.....	12
2.1 Reforma Sanitária.....	16
2.2 Políticas Sociais E Políticas De Saúde.....	19
CAPÍTULO II	22
3 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE	22
3.1 Redemocratização do SUDS e SUS (1980).....	24
3.2 Desmonte das Políticas Sociais (1990)	25
CAPÍTULO III	27
4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE (POLICLÍNICA) NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS.....	27
4.1 Conceito de Unidade Básica de Saúde (Policlínica)	27
4.2 Sobre a Unidade Pública de Saúde (Policlínica) Do Município de Miracema do Tocantins.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os campos de atuação do Serviço Social em saúde vão além dos conselhos e órgãos de controle social, trabalha educação popular em saúde e estende-se a órgãos estatais, privados, hospitais e redes públicas de saúde, municipais, estaduais e federais. Nessas áreas, a atuação é diversa, desde o atendimento individual ao coletivo, atendimento a família e nos processos preventivos, abrangendo todos os princípios dos SUS.

O acesso aos serviços de saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um conceito amplo e envolve dimensões econômica e técnico-assistencial. O acesso a esses serviços incluem a capacidade da pessoa em buscar e obter atenção à saúde e, para isso, verifica-se um empenho dos gestores através da elaboração de propostas de novas diretrizes para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização das ações em saúde e organização do sistema por meio da atenção básica.

As causas da demanda por atendimento são diversas e por vários motivos, tais como: diagnóstico e tratamento de alguma doença; prevenção de doenças por meio da imunização e dos exames de rastreamento; planejamento familiar; tratamento de doenças crônicas pelo recebimento de medicamentos; transferência para serviços especializados e outros motivos diversos.

Quando se analisa a frequência e o motivo das pessoas procurarem os serviços de saúde, pode-se perceber o entendimento que estes sujeitos têm sobre o tipo de assistência fornecida pelas unidades básicas de saúde.

Para o PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), 2007 as UBS deveriam ser a primeira referência de apoio formal procurada pela população para o acompanhamento e para a prevenção em saúde, e também no que se refere à busca de orientações e informações podem ser fornecidas pelos profissionais que ali atuam.

Nessa perspectiva, o Serviço social na saúde engendra-se através do compromisso ético-político de facilitar o entendimento da realidade social, priorizando o trabalho em equipe. Buscando assim a efetivação das políticas públicas regidas pela Constituição Brasileira de 1988 e a efetivação da garantia dos direitos humanos.

Tendo em vista esse contexto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a atuação do assistente social em uma unidade pública de saúde (policlínica) no município de Miracema do Tocantins, no ano de 2016.

O interesse em estudar essa temática surgiu no decorrer do curso de Serviço Social, a partir do estudo de textos e disciplinas voltadas para a saúde. Tal interesse foi reforçado por meio do contato feito com a unidade de saúde durante o estágio, momento em que foi possível presenciar, muitos problemas relacionados ao assunto aqui estudado. Espera-se que o estudo dessa temática possa contribuir com a discussão sobre o papel do assistente social na saúde.

Especificamente, podemos dizer que este estudo possibilitou-nos um importante aprendizado no campo acadêmico, pois contribuiu para o aperfeiçoamento enquanto pesquisadora no que tange ao método científico, a elaboração de textos acadêmicos e a estrutura lógica do conhecimento.

Dito isto, buscamos estudar uma unidade básica de saúde (policlínica), pois, a referida unidade, além de estar inserida no contexto da temática, possui e, quadro de funcionários uma assistente social.

Frente ao exposto, buscamos responder no presente estudo as seguintes questões: qual tem sido a concepção de trabalho assumida pela Assistente Social na unidade aqui pesquisada? Qual o papel do Assistente Social diante da realidade de saúde vigente na unidade citada?

A partir dessa compreensão, o estudo buscou, especificamente: identificar as ações desenvolvidas pelo profissional de serviço social na saúde; verificar a relação do assistente social na unidade junto a equipe multidisciplinar e por fim conhecer as demandas destinadas para o assistente social na unidade aqui estudada.

Para a consecução dos objetivos propostos a metodologia utilizada buscou articular as pesquisas bibliográficas e de campo. Dessa forma, esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa em que realiza-se um estudo descritivo e exploratório do tema em questão.

Foi utilizado como instrumento de apoio a essa pesquisa um questionário contendo questões relativas ao trabalho do assistente social na prática de sua atividade.

Nesta perspectiva, a intenção do texto em pauta foi evidenciar como vem sendo desenvolvido a atuação do assistente social no âmbito da saúde.

CAPÍTULO I

2 O SURGIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O serviço social aparece no Brasil na década de 1930 sob influência da Igreja Católica e seus princípios bíblicos do assistencialismo. Nessa época, o Brasil estava vivendo o governo interino de (1930 a 1934), por Getúlio Vargas que gozava poderes quase intermináveis e, prevalecendo-se deles começou a tomar políticas de modernização no país.

Dessa maneira, até o início da década de 30, o Brasil foi considerado como uma economia com características primário-exportadoras. A dinâmica do seu processo de acumulação de capital assentava-se numa divisão social do trabalho em que predominavam as atividades agrárias, notadamente, as grandes produções monocultoras de exportação em que se destacava o café e, seguindo-se em escala, o algodão e cana de açúcar.

A esse respeito, é importante acrescentar que as importações não eram diretamente induzidas pelas ações governamentais, podendo ser considerada um processo espontâneo, para distinguir daqueles que aconteceria logo a partir dos anos 1930, sobre o qual o Estado exerceu uma ação instrumental decisiva. Ou seja, essa primeira fase de implantação industrial surgiu como consequência direta de oportunidades de mercado, criadas com a expansão limitada da divisão social do trabalho, a qual, por sua vez, é credora em maior expressão da atividade cafeeira.

Neste período, com o crescimento da indústria e do mercado nacional, aprofundam-se as péssimas condições de vida da classe trabalhadora, exigindo do Estado, o reconhecimento dessas condições, assim como novas formas de enfrentamento da questão social.

Sendo assim, nos anos 1930 a 1937 o país conviveu com um momento de amplas agitações políticas, em decorrência da intensidade e a organização de movimentos políticos. Nesse mesmo período cresceu-se muito o número de sindicatos, associações e vários partidos políticos.

Em 1936 foi implantado na cidade de São Paulo a primeira escola de Serviço Social do Brasil, segundo Castro (2006) dava se início a uma

[...] nova etapa na prática da assistência social, quando a Igreja, em seu conjunto, atravessava um importante momento na sua redefinição no interior da cambiante sociedade brasileira [...] uma demanda profissional que começa a revelar-se a partir de alguns aparelhos do estado, tornando mais exigente a qualificação acadêmica, religiosa e técnica. (CASTRO, 2006, p. 105).

O Serviço social começa a se profissionalizar e a fazer uma intervenção pautada no direito do usuário, pois, os tidos “problemas sociais” passaram da visão individual para o âmbito coletivo, tais, denominado “expressões da questão social”.

As expressões da questão social, segundo Iamamoto (1982 apud BRASIL, 2010, p. 39) “devem ser compreendidas [...] como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais”. Deste modo, tornando o objeto de intervenção do assistente social.

Associado a esses elementos a Igreja Católica teve um papel fundamental na emergência e gênese do serviço social, como também na estruturação de seu perfil no país. Ela foi responsável pelo ideário, pelos conteúdos e pelo processo de formação dos primeiros profissionais brasileiros.

Desse modo, a ação católica iniciou e orientou a formação desses assistentes sociais por meio de uma ação planejada e refletida para o enfrentamento da questão social, que cada vez mais evidenciava-se na conjuntura política, econômica e social de São Paulo.

Nessa direção, os assistentes sociais recém-formados em 1936, nas realizações de suas intervenções, atuaram na alteração dos costumes das famílias e pessoas, na esperança de aperfeiçoar as condutas, condições de higiene, a moral e a sua inclusão na ordem social.

Iamamoto (2008) destaca que

A questão social sendo desigualdade é, também, rebeldia, pois os sujeitos sociais, ao vivenciarem as desigualdades, a elas também resistem e expressam seu inconformismo. É nesta tensão entre produção da desigualdade, da rebeldia e da resistência que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, os quais não são possíveis abstrair – ou deles fugir – porque tecem a trama da vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2008, p. 65).

Considerando esse contexto, na esperança de sustentar a ordem vinda das pressões da sociedade que se encontrava em condição de extrema pobreza em

decorrência de vários fatores advindos das crises antecedentes, o assistente social foi reconhecido como profissional assalariado, implantado no mercado de trabalho.

Após esses momentos históricos relatados, é importante acrescentar que nas décadas de 1940-1950 viveu-se um novo processo de ampliação e solidificação do modo de produção capitalista, com as crises políticas, sociais e econômicas, o assistente social é convidado para não mais atender demandas do ponto de vista de ordem, moral ou higiene, mas, especialmente na junção da harmonia social na relação Estado/sociedade (FALEIROS, 2005).

Dentro desse contexto, em agosto de 1942 ocorreu a declaração de Getúlio Vargas de ingresso do Brasil na Segunda Guerra Mundial, que foi acompanhada por alguns atos governamentais, dentre os quais esteve a criação da Legião Brasileira de Assistência e a entrega da presidência à Darcy Vargas, sua esposa. A LBA foi criada com o objetivo de prestar assistência aos soldados mobilizados e seus familiares, tinha sede no Rio de Janeiro e fez parte de sua estruturação a existência de postos de atendimento nas capitais e cidades brasileiras, administrados pelas primeiras-damas.

Acentua-se nessa perspectiva, a criação do Plano SALTE, um plano econômico elaborado pelo governo brasileiro, na administração do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento de setores como saúde, alimentação, transporte e energia.

Dessa maneira, ao refletir na inclusão do Serviço social junto à classe trabalhadora, percebeu-se que os profissionais passaram a avaliar com crítica suas intervenções, criou-se a probabilidade de pensamento crítico de seu desempenho despertando a procura de um referencial teórico que levantasse uma ideia de mudança social.

Porém, nos anos 1960, especificamente em 31 de março de 1964 houve um grave e radical processo organizativo das classes populares. Processo esse que retraiu todos os movimentos de natureza social.

Sob essa ótica Martinelli (2005) afirma que

Nos anos 60, obteve-se um agravamento do quadro político nacional, deparavam com o Serviço Social acuado do cenário histórico, produzindo e reproduzindo práticas impossíveis de acrescentar aos esforços de construção e prevenção de espaços democráticos em uma sociedade oprimida por uma ditadura militar. (MARTINELLI, 2005, p. 142).

Essa forma de governo provocou atraso não só na profissão, mas em todas as partes da sociedade. A profissão em termos teórico-metodológicos retrocedeu e não mais progrediu.

Assim, o Serviço Social, sentiu a obrigação de rever o enfraquecimento de sua formação profissional que não se tratava apenas de ser técnico-instrumental, mas teórico-conceitual.

Nos anos 1970, alguns estudiosos do serviço social formularam o referencial na integração “meio-personalidade” por meio de valores que são denominantes nas relações sociais (FALEIROS, 2005).

Nesta direção, o Serviço Social tornou-se ao longo do tempo uma importante ferramenta de caráter assistencial para a população, em especial as de maior vulnerabilidade socioeconômica. As perspectivas de modernização da área abrangeram novos conceitos necessários para a adequação aos novos cenários apresentados para o assistente social. Netto (2004) as caracteriza como: a Perspectiva Modernizadora, a Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura.

A Perspectiva Modernizadora do serviço social pode ser vista como uma resposta à crise de legitimidade, isto é, a necessidade de reconceituar o papel funcional e social da área, que adepta ao positivismo tende a adotar uma postura neutra e por vezes inócuas para o cumprimento dos objetivos propostos. A tecnificação e expansão das áreas de atuação seriam os caminhos para solidificar a identidade do serviço social na sociedade contemporânea.

Assim, no final da década de 70, a Perspectiva Modernizadora começa a enfraquecer-se no que tange a hegemonia exercida. Com isto, a perspectiva de Reatualização do Conservadorismo passa a ganhar força com o início da crise da autocracia burguesa. A tarefa principal da Reatualização do Conservadorismo era dar nova roupagem aos valores tradicionais, envernizando-os com a fenomenologia.

Por fim, a Intenção de Ruptura tem um direcionamento diferenciado das demais por possuir um elemento contestador, realizando uma crítica ao desempenho do Serviço Social tradicional. Ela se baseia na tradição marxista, mesmo que no primeiro momento de forma tortuosa, seu principal expoente ficou conhecido como Método Belo Horizonte.

Em 1980, com maior fervor eram apresentados os eixos de Formação de alianças, Educação popular e Investigação-ação.

Para Oliveira (1988 *apud* Silva & Silva, 2007)

[...] entende-se que a construção de aliança dos assistentes sociais com a clientela e com os outros profissionais é colocada na perspectiva de uma ação coletiva, visa um processo de organização e mobilização dos assistentes sociais, enquanto categoria profissional de forma que suas ações tenham reflexão na constituição de sujeitos coletivos. (OLIVEIRA 1988 *apud* SILVA & SILVA, 2007, p. 175).

Com isso, para o Assistente Social batalhar pelo domínio numa determinada instituição, não dependia apenas dos desejos pessoais, mas sim, de uma articulação complicada e preparada que implicava compreensões teóricas e políticas, pois a batalha pelo poder demanda conhecimento, informações, análise, planos, controle, práticas e experiências.

2.1 Reforma Sanitária

Em meados da década de 1970 a 1980, apresentou-se como marco na política de saúde a Reforma Sanitária, um movimento organizado por profissionais da saúde, estudantes, população civil, movimentos sociais, a qual pregava uma saúde universal.

A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

Em 1976, médicos militantes da rede pública de serviços, juntamente com o âmbito das universidades criaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, constituído como CEBES. O objetivo desse centro era criar uma revista que veiculasse suas intenções que eram de ampliar e levar adiante as discussões e análise do setor de saúde como componente do processo histórico-social no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre a saúde e a estrutura social.

Em 1980, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos da saúde para assumir uma dimensão política (BRAVO, 2004, p. 95).

A Reforma Sanitária esboçava-se como principal proposta segundo Brasil (2010)

[...] a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (BRASIL, 2010, p. 19).

Para tanto, a universalidade do direito a saúde é apresentada como princípio central do Sistema Único de Saúde – SUS, esse fruto das lutas e mobilizações dos envolvidos na Reforma Sanitária, ou seja, um sistema único, com doutrinas, princípios e organização de serviços sob responsabilidade das três esferas de poder: Federal, Estadual e Municipal, pois, integra mediante a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Ainda em 1980 ocorreu uma aguda crise financeira da previdência social, principal fonte de financiamento do setor da saúde. Nesse contexto surgem propostas alternativas de fortalecimento do setor público de saúde como o PREV-SAÚDE que propôs a reestruturação da rede pública de saúde no sentido da sua universalização e racionalização. Em seguida apareceu o Plano Conasp que sugeriu convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde. Derivada dessas propostas originou-se às AIS – Ações Integradas de Saúde. Tratava-se de convênios que passaram a ser assinados pela previdência a partir de 1983.

Enquanto isso, a Reforma Sanitária evoluiu-se para a proposta do SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Convênios esses que passaram a ser assinados a partir de 1988. O mesmo previa financiamento tripartite, ou seja, federal, estadual e municipal.

O SUDS é formado por um aprofundamento da AIS, e simula um aumento em relação a descentralização – unificação a medida em que sugeria a “estadualização” do INAMPS, ou seja, que as Secretarias Estaduais de Saúde admitissem por vez todos os cargos deste órgão. Com isto separou-se até os Estados, o que antes permanecia no nível federal, associa-se as composições regionais do INAMPS com as composições estaduais, e desenvolvem-se condições práticas para que a política de saúde no nível de cada Estado tenha uma administração única.

Outro fator que se destaca no progresso do SUDS com relação às AIS foi a sua forma de financiamento, que muda de produção de serviços e ocorre através de orçamentos de um Plano Diretor, que precisaria conter, a partir da base, os fatos municipais, regionais e estaduais. Os municípios, portanto, passam a "apoiar" aos SUDS - Estaduais, e não mais ao INAMPS, como no Convênio das AIS.

O SUDS, assim como às AIS teve sua fundação subordinada às realidades locais e às disputas políticas dentro do aparelho do Estado. Não só a "estadualização" do INAMPS como também a "municipalização" dos serviços básicos de saúde (que é uma das finalidades do SUDS), se deu de forma bem diferente. Se observar o SUDS nos anos de 87 e 88, é possível achar um verdadeiro mosaico: há desde Estados que adotaram totalmente o formato do INAMPS, e municipalizaram boa parte de sua rede básica, como é o caso de São Paulo; até Estados em que as composições do INAMPS permaneceram não só concretizando as mesmas ações, como conservando o convênio das AIS com o INAMPS.

Associados a esses elementos, um dos fatores que contribuíram para o sucesso do SUDS em determinados Estados foi a boa experiência das AIS, integrada à vivência de estruturas regionalizadas da Secretaria Estadual de Saúde. Estas estruturas adotaram, em parceria com os municípios, a atribuição de elaboração do Plano Diretor, que determinava uma análise mínima da realidade de cada município, bem como a definição de algumas prioridades para a área da saúde. Este processo foi muito rico nos municípios que já obtinha certo conhecimento no planejamento de serviços e pode em parceria com estas regiões, procurar recursos possíveis para os problemas de saúde da população.

Nesse sentido, o SUDS ficou limitado por falta de uma política de financiamento por parte do INAMPS capaz de atender à demanda dos Estados e municípios, num momento em que a inflação alcançava graus elevadíssimos e gastava, de maneira sistemática, os repasses dos meses que, em geral, não eram "corrigidos". Por outro lado, o setor privado da medicina permanecia contendo função principal no sistema de captação de recursos, e cumprindo toda sorte de pressão no sentido de impedir o SUDS.

Os acordos entre os governos estaduais e municipais também eram bastante complicados. O SUDS recomendava a "municipalização" dos serviços básicos de saúde, ou seja, que os governos municipais passassem a gerenciar os serviços estaduais e receber recursos financeiros para custear parte de seus

serviços próprios. Também neste episódio a realidade de cada município motivou o grau de implantação da descentralização/integração, reproduzindo-se no nível dos municípios o mesmo mosaico citado antes.

Para tanto, se tratando da deficiência de recursos financeiros, e a falta de uma política de repasse que, pelo menos, ajustasse a inflação, os governos municipais encararam amplos problemas. Um deles foi que os recursos para investimentos no setor, ao contrário dos recursos para custeio, resultavam de negociações político-partidárias entre os governos estaduais e municipais, com discernimento claro dos municípios que não eram do mesmo partido do governo do Estado.

A despeito destes entraves, o SUDS simbolizou uma vitalidade dos serviços públicos de saúde em alguns Estados, registrando-se expansão da cobertura com extensão para as classes mais necessitadas da população, e uma tentativa de inserir programas de abrangência para todos.

Apesar de muitas modificações do Sistema de Saúde continuam com o SUDS: permanecem havendo dois Ministérios, sendo que em alguns Estados conseguiu-se suavizar a importância das composições do INAMPS; e, ainda que o comando do setor privado da medicina tenha passado pelas Secretarias Estaduais de Saúde a lógica mercantilista continua tendo função decisiva dentro do Sistema.

Em linhas gerais, pode-se concluir que a Reforma Sanitária foi idealizada a partir de mudanças intensas no aparato institucional, rupturas abruptas do modelo de atenção à saúde ou até mesmo como um movimento que teve ampla mobilização social e partidária.

2.2 Políticas Sociais e Políticas de Saúde

Na ótica de Fleury (2008), políticas sociais são associações estáveis ou não, que estão conectadas ao desenvolvimento, a reprodução e a transformação dos sistemas de proteção social. Onde essa política de proteção social compreende relações, processos, atividades e instrumentos que almejam o aumento das responsabilidades públicas na promoção da seguridade e do bem-estar da população.

Desse modo, a política social envolve o conjunto de atividades relacionados com a estrutura e implementação de estratégias relacionadas ao avanço da qualidade de vida da população de um país, região ou localidade.

Em meio a estas estratégias incluem-se aquelas relacionadas a diminuir os efeitos dos problemas sociais, sejam provenientes de uma deficiência, ou restrição ao desenvolvimento de capacidades individuais, uma situação de mal-estar entre grupos ou a violação de um ou mais direitos.

As gestões dessas políticas se norteiam por planos, programas, projetos e leis que abrangem a precisão de recursos físicos, humanos e financeiros. Estes investimentos, independente da entidade administrativa, do setor que realiza a função e da fonte de financiamento configuram o que se chama de gasto ou investimento social.

As políticas sociais podem ter teres tipos de impactos: social, redistributivo e econômico. O social significa mudanças nos números sociais como índices relacionados à saúde, educação, entre outros, sua mensuração se faz com a observação das mudanças expostas pelo público alvo entre a situação previa e a situação após o começo da política. Já o impacto redistributivo diz respeito à valorização econômica de bens e serviços que são transferidos a população, tem mensuração conectada à incidência em que a referida valorização alcança no ingresso do número total dos domicílios. Por último o impacto econômico, refere-se dos benefícios e/ou perdas econômicas provocadas pelos investimentos das políticas sociais nos diversos agentes, de forma direta ou indireta.

Jacob Hacker (1998) define as Políticas de Saúde como uma sustentação central do Bem-Estar Social, acrescenta ainda que os programas que envolvem o funcionamento da economia são poucos como o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde.

Portanto, a política de saúde, bem como o Estado Social deve ser tomado como um padrão de civilização, um exemplo de sociedade. Uma vez que, o impacto da ação de uma política de saúde sempre estará ligado a um projeto social e seus méritos na conexão de forças sociais que se chocam.

As políticas de saúde e as políticas sociais encontram-se no meio de uma briga de ideologias em que as desordens dos projetos se ampliam aceitando o Estado como um ambiente de exercício de poder político.

Desse modo, a política de saúde, por estar sempre atrelada na vida econômica e nos impactos sociais, será sempre um produto das disputas de projetos desenvolvidos através de padrões institucionalizados que estabelecem a posição dos atores, a repartição de poder entre os mesmos e formam prioridades que deliberam alianças e norteiam a ação destes grupos.

Podemos compreender que a política de saúde precisa ir mais a frente dos procedimentos e programas limitados as rotinas de trabalho e disposições de estruturas de atendimento em saúde, incorporando políticas que alcancem outras esferas da vida dos indivíduos atendidos.

O conceito de políticas de saúde internacionalmente adotado preza por caráter de estratégia oficial organizado em ações desenvolvidas em vários setores em conformidade com as normas legais.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) política de saúde é

Um posicionamento ou método determinado por instituições oficiais competentes, especialmente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. [...] Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde surgem a partir de um sistemático processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as prioridades da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (BRASIL, 2010, p. 30).

A política de saúde é colocada na mediação entre várias formas de relações, como a relação entre gestores e atores políticos, entre indivíduos e grupos sociais, entre os cidadãos e o poder público, entre consumidores e provedores de bens e serviços direcionados à saúde.

Portanto, a política de saúde muda de acordo com a estratégia, os organismos e os processos, que no ambiente nacional, são intercedidos pelas instituições, significados culturais, estruturas federativas, são mediados pelas instituições, significado culturais, estruturas de mercado, ideais políticas, interesses de grupos estratégicos, a permanência de ideologias e economia do Estado Social e até as respostas da opinião pública.

Deste modo, podemos compreender a política de saúde como aquela que produz efeitos que excedem os limites da saúde, atingindo diversos aspectos da dinâmica social.

CAPÍTULO II

3 SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA DE SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE

A relação do Serviço Social com a saúde originou-se nos Estados Unidos no início do século XX, como uma extensão a saúde hospitalar, no Brasil se dá desde o surgimento do Serviço Social em 1930, o qual, a princípio tinha-se uma relação de caridade, assim, o Serviço Social se insere na saúde no processo da “saúde curativa”, com uma abordagem individual.

Bravo (2013, p. 97) destaca que “a saúde, foi o primeiro setor que contou com a presença do assistente social. A própria categoria médica contribuiu para a criação das primeiras escolas”.

Após a profissionalização do Serviço Social, a área da saúde passou a ser líder na contratação de assistentes sociais. Assim, o reconhecimento do assistente social como profissional da saúde deu-se mediante sua inserção nas políticas e programas da saúde através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS de nº. 218, publicada em 06 de março de 1997, esse reconhecimento se torna oficial, também, através da Resolução do CFESS nº 383 de 29 de março de 1999, a qual apresentou subsídios para tal intervenção. (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o profissional em Serviço Social se encontra apto, com atribuições específicas para intervir na área da saúde (como em demais áreas), na ótica de Serreta (2008)

[...] constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. As atribuições ressaltam a perspectiva interdisciplinar para a atenção integral, juntamente com ações intersetoriais e comunitárias que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional. (SERRETA, 2008, p. 36).

As instituições que viabilizam o acesso aos usuários, aos serviços, sendo ela do Estado ou não, governamental ou não-governamental, estabelecem prioridades a serem cumpridas e assim fazem sua interferência no exercício profissional.

Atualmente, os campos de atuação do Serviço Social em saúde vão além dos conselhos e órgãos de controle social, educação popular em saúde, estendem-

se a órgãos estatais, privados, hospitais e redes públicas de saúde, municipais, estaduais e federais.

Nessas áreas, a atuação é diversa, desde o atendimento individual ao coletivo, atendimento a família e nos processos preventivos, abrangendo todos os princípios do SUS. Segundo Costa (2008)

não há dúvidas quanto à relevância e importância do trabalho realizado pelo assistente social para a consolidação do SUS, e que para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados, o assistente social deve conhecer não apenas o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde (rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que envolvam e/ou apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. (COSTA, 2008, p. 340).

Portanto, o assistente social com seu aparato teórico é capaz de fazer uma análise crítica e intervenção na realidade posto pelos usuários dos serviços de saúde. Brasil (2010) ressalta que

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (BRASIL, 2010, p. 33).

Diante do exposto, fica evidente que o assistente social não trabalha isoladamente, pois seu trabalho é articulado com demais profissionais da saúde, partindo do princípio do trabalho coletivo, pautando sua atuação no conhecimento da realidade onde está inserido o usuário, bem como, os objetivos e instrumentos a serem utilizados na intervenção.

Em conformidade com isso, a promulgação da nova Constituição Federal no ano de 1988, apresentou-se no seu artigo 196 a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas, que visem redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviço para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

O direito público subjetivo a saúde, além de representar um direito social, conforme já enfatizado, qualifica-se também como direito fundamental que assiste a

todos, sem distinção de raça, credo ou cor, haja vista a sua íntima vinculação ao direito a vida, e ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Acentua-se nessa perspectiva que o artigo citado se impõe ao Estado a obrigação de proporcionar melhoria nas condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, por meio de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos.

É válido dizer, ainda, que o Estado, seja ele representado por qualquer um dos Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), ao desenvolver sua atribuição deve dentro dos limites da realidade social e financeira, fazer o possível para promover a saúde de forma a tornar factível a que a norma contém em ficção.

Conforme Silva (2000)

(...) mais do que a simples positivação dos direitos sociais – que traduz estágio necessário ao processo de sua afirmação constitucional e que atua como pressuposto indispensável à eficácia jurídica recai sobre o Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a saúde. (SILVA, 2000, p. 199).

Nesse sentido, não basta que o Estado reconheça formalmente o direito a saúde, faz-se necessário que promova todas as medidas políticas, sociais e econômicas para assegurar que esse direito seja integralmente respeitado e plenamente garantido, uma vez que a própria Constituição assegura uma sociedade justa, fraterna e solidária.

3.1 Redemocratização do SUDS e SUS (1980)

O SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados) foi uma iniciativa do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) no sentido de universalizar a sua assistência que até então só beneficiava os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes.

A fase inicial de implantação do SUDS, cujos primeiros convênios entre o INAMPS e a SES (Secretaria de Estado da Saúde) foram firmados em 1987, caracterizados pela inexistência de uma normatização detalhada.

Levcovitz (1997) assegura que

[...] somente em 1988, o SUDS adquiriu uniformidade jurídico-legal, através do Convênio-padrão SUDS 01/88. Este instrumento de relacionamento entre as esferas de governo induz uma estratégia de estadualização da gestão do sistema, pela transferência de funções federais e pelo destaque dado a CIS. (LEVCOVITZ, 1997, p. 78).

O SUDS teve como principais objetivos: a unificação dos sistemas (Ministério da Saúde e INAMPS) com conseqüente universalização da cobertura e a descentralização.

No período SUDS (1987/89), as mudanças ocorridas na esfera federal tiveram como executores os Estados da União.

Antes da aprovação do SUS, os serviços de saúde eram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, Brasil (2002) afirma que:

[...] o Ministério da Saúde, com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. (BRASIL, 2002, p. 11).

No que concerne ao SUS, a sua criação é sinônimo de luta e empenho de representantes da sociedade que dedicaram tempo, esforço e recursos materiais em um processo que garantisse a participação da sociedade civil.

Desse modo, o SUS é resultado de um processo de articulação do Movimento pela Reforma Sanitária e diversas pessoas comprometidas com o reconhecimento dos direitos sociais de cada cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País.

O processo de consolidação do SUS implicou em mudanças na legislação brasileira, buscando uma melhor implementação do sistema onde possa acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil.

3.2 Desmonte das Políticas Sociais (1990)

Em 1990 teve-se a regulamentação do SUS através da Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, tidas como “Leis Orgânicas da Saúde” (BRASIL, 2007, p. 08), promulgado na Constituição Federal e orientado pela Norma Operacional Básica, essa criada para definir “as competências de cada esfera de governo e as condições

necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS”. (BRASIL, 2011, p. 52).

Dada a implantação do SUS, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, se tornaram ações com estruturas de forma descentralizada, de acesso universal, regionalizada e hierarquizada. Segundo Bravo (2008) é nesse processo que o Estado passa a “garantir um mínimo aos que não podem pagar”.

Assim, o SUS passa a seguir os princípios ético-políticos da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Definidos na ótica de Brasil (1990) como:

Universalidade: a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público.

Integralidade: é o reconhecimento na prática dos serviços de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade.

Equidade: embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação.

Participação Social: é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Diante disso, podemos afirmar que antes a saúde era entendida como o estado de não doença, o que fazia com que apenas os pequenos efeitos fossem remediados. Mas essa teoria caiu dando lugar a uma nova concepção, voltada para a prevenção dos agravos e na promoção da saúde.

CAPÍTULO III

4 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM UMA UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE (POLICLÍNICA) NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS

Este capítulo foi elaborado à luz de estudos relativos as unidades públicas de saúde, mas especificamente uma policlínica. A partir daí procurou-se caracterizar dados desse tipo de instituição em meio às transformações no contexto atual.

4.1 Conceito de Unidade Básica de Saúde (Policlínica)

Para o Ministério da Saúde Policlínica é uma unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Pronto atendimento 24 horas.

Essas unidades de saúde são os locais prioritários de atuação das equipes de Atenção Básica. A atenção básica é desenvolvida pelas equipes de saúde da família e outras modalidades de equipes de atenção básica, pelos núcleos de apoio as equipes de saúde da família, pelas equipes dos consultórios na rua e as de atenção domiciliar.

As equipes utilizam tecnologias de cuidados complexos e de baixa densidade que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu município.

Desse modo a equipe observa critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento.

Vale ressaltar que sua função estar em:

- Conhecer a realidade da população de seu município;
- Elaborar plano de saúde com base no diagnóstico;
- Desenvolver ações de vigilância a saúde atuando no controle de doenças;
- Prestar atenção integral resolvendo a maior parte dos problemas da saúde detectados;
- Organizar serviços estabelecendo vínculos, desenvolvendo ações educativas e intersetoriais;

- Garantir atendimento ininterrupto, de todas as atividades oferecidas pela Unidade, inclusive durante o horário de almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, com revezamento dos trabalhadores das diferentes categorias.

Com isso, o processo de trabalho deve ser integrado aos demais níveis de atenção do sistema de saúde garantindo continuidade e qualidade da atenção e articulado aos demais setores da sociedade.

4.2 Sobre a Unidade Pública De Saúde (Policlínica) do Município de Miracema do Tocantins

Diante dos estudos realizados a partir da Unidade Básica de Saúde (policlínica) do município de Miracema do Tocantins – TO, pode-se dizer que a referida unidade presta serviços de atenção básica e pertence ao município de Miracema do Tocantins – TO. Está localizada na Rua Bela Vista, número 1005, Centro. O horário de funcionamento é das 7h às 18h, de segunda a sexta-feira.

A equipe de trabalho é composta pela secretária de saúde, uma coordenadora de atenção básica, um coordenador de região, um médico clínico geral, um médico pediatra, um psicólogo, uma enfermeira, um odontólogo, uma assistente social, oito técnicas de enfermagem, um assistente administrativo e sete agentes comunitários de saúde.

A área física da unidade é composta por:

- Recepção: Primeiro local a qual os pacientes se dirigem quando chegam a unidade. Possui uma mesa onde estão organizadas algumas fichas. A recepção possui cadeiras para acomodação dos pacientes, bem como uma televisão que permanece ligada o tempo todo.
- Sala de triagem: Esta sala é utilizada para triagem dos pacientes que possuem consulta médica agendada. A técnica de enfermagem realiza a verificação da pressão arterial, peso e glicemia (em pacientes diabéticos) antes da entrada dos pacientes para a consulta, por ordem de chegada.
- Sala de nebulização: Ambiente pequeno e de uso exclusivo para nebulização. Possuem duas cadeiras, uma pia com sabonete para lavar as mãos e uma lixeira comum.

- Banheiros: A unidade possui quatro banheiros. Um na recepção para uso dos pacientes; um dentro do consultório médico, um exclusivo para funcionários e um para deficiente físico.
- Consultório Odontológico: Destinados aos tratamentos odontológicos. Possui uma cadeira própria de odontologia, uma cadeira para o profissional realizar as atividades, uma pia.
- Dois consultórios médicos: Destinados às consultas médicas. Possui uma mesa e duas cadeiras, ar condicionado, maca e pia.
- Farmácia: Sala destinada à entrega de medicamentos para os pacientes. Possui quatro prateleiras com medicamentos, uma mesa, uma cadeira e um armário.
- Sala de vacina: Nesta sala são realizadas as imunizações, teste do pezinho, bem como a administração de medicamentos injetáveis. Possui uma mesa com cadeira para realização dos registros, maca, geladeira, pia e uma bancada com algodão, seringas, tesouras e luvas.
- Sala de curativos: Destinada a pequenos procedimentos, principalmente curativos e retiradas de ponto.
- Sala da coordenação: Nesta sala permanece a enfermeira que é coordenadora da unidade. Possui uma mesa com computador e cadeiras, três armários grande para guardar arquivos e documentos.
- Copa: Utilizada para fazer café para os funcionários, bem como armazenamento de alimentos. Possui um microondas e outros utensílios, fogão, geladeira.

Outro fator importante trata-se dos serviços oferecidos pela policlínica foco desse estudo. De acordo com a análise feita identificamos que a mesma realiza os seguintes atendimentos: Puericultura, Pré-natal, Prevenção de câncer – uterino, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose e curativos.

Tendo apresentado, em linhas gerais, um panorama sobre a unidade de saúde foco do presente estudo, tendo em vista a pesquisa de campo realizada, no parágrafo seguinte discutiremos a atuação do assistente social na mesma.

A assistente social participante desta pesquisa, trabalha há 05 anos na função atual e está inserida na faixa etária dos 30 a 40 anos. É formada em Serviço Social há 6 anos.

Referindo-se em geral, a assistente social procuramos saber qual o instrumento técnico operativo mais utilizado dentro do processo de trabalho. A assistente social informou que é a elaboração de relatórios, entrevistas, planejamentos, pareceres, visitas domiciliares, trata-se de elementos constitutivos do processo de trabalho do assistente social, considerados como respostas as demandas apresentadas no cotidiano do trabalho.

Perguntamos ainda qual a rede de proteção em relação as referências e contra referências. Obteve-se como resposta que é a regulação do estado.

Foi solicitado a assistente social que respondesse qual a relação do assistente social com os demais profissionais da equipe multidisciplinar da unidade. A resposta foi assim apresentada: “uma relação muito boa, trabalhamos em equipe mediante a demanda necessitada”.

Quando questionada sobre quais os desafios, avanços e retrocessos do serviço social tanto na política de saúde quanto na policlínica a assistente social respondeu que “muitos são os desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde, e que estão instrumentalmente relacionados aos constantes desafios que o próprio SUS vem sofrendo nos últimos anos.

De um modo geral perguntou-se ainda quais os tipos de demanda que são mais frequentes. “As principais demandas são de educação em saúde, e solicitações de orientação, informação e encaminhamentos diversos”. (Assistente Social)

Diante do movimento apresentado, aponta-se que o assistente social não trabalha isoladamente, pois seu trabalho é articulado com demais profissionais da saúde partindo do princípio do trabalho coletivo, pautando sua situação no conhecimento da realidade onde está inserido o usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi compreender, a atuação do assistente social em uma unidade pública de saúde (policlínica) no município de Miracema do Tocantins. Fizemos isto construindo um trabalho com três capítulos: no primeiro realizamos uma discussão sobre o surgimento do serviço social no Brasil a partir da Reforma Sanitária e das Políticas sociais e Políticas de saúde. No segundo capítulo buscamos apreender sobre o serviço social e política de saúde na contemporaneidade. O terceiro capítulo apresenta, sinteticamente, alguns elementos sobre o conceito das unidades básicas de saúde, mas especificamente sobre uma policlínica, bem como os resultados da pesquisa de campo realizada na unidade básica de saúde (policlínica) foco do estudo.

Considerando os aspectos discutidos neste estudo, evidenciamos que o Serviço Social surgiu no Brasil no final da década de 1930, quando se desencadeou no país o processo de industrialização e urbanização. Nas décadas de 40 e 50 houve um reconhecimento da importância da profissão, que foi regulamentado em 1957 com a lei 3252.

O estudo possibilitou compreendermos que a despeito do serviço social e a política de saúde na contemporaneidade tem na sua base de especialização, a questão social, onde esta é expressada pelas inúmeras desigualdades sociais da sociedade capitalista, na qual o trabalho é coletivo, mas os resultados são privados.

Nessa lógica, os dados revelaram que as ações desenvolvidas pelo profissional de serviço social na unidade aqui estudada é o de orientação, esclarecimento, e reflexão junto aos usuários e a equipe de saúde.

Nesse sentido, a relação do assistente social junto a equipe multidisciplinar é de respeito, pois o diferencial entre ambos é a efetivação do trabalho de troca entre áreas, visando sempre informações para agilizar o desenvolvimento de cada paciente.

As evidências empíricas revelaram que, a Unidade Básica de Saúde (policlínica) dar proximidade a população ao acesso aos serviços de saúde e com isso acaba desafogando o fluxo do hospital.

Nesse sentido, a concepção de trabalho assumida pelo assistente social na unidade foco do estudo é uma concepção mais tradicional pautada na política de

saúde baseada nos princípios da Lei que regulamenta as ações da saúde, sendo esta a Lei de nº. 8.080/90.

Nesta perspectiva, concluímos que o papel do assistente social na unidade de saúde aqui citada é o de fazer uma abordagem sócio-educativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos e viabilizar os encaminhamentos necessários.

Desta forma, os dados da pesquisa indicam que, muito embora possa haver problemas voltados para a área da saúde, o trabalho do profissional de serviço social deve estar na perspectiva de possibilitar que os usuários conheçam os seus direitos e se comprometam e se envolvam na fiscalização, acompanhamento do atendimento, se organizem, reivindique melhorias, possam propor e decidir através dos instrumentos de participação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.** Lex: legislação federal, Brasília, 1990.

_____. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Brasília: DF. 1990.

_____. **Caminhos do direito da saúde no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília-DF. 2007.

_____. **Constituição Federal do Brasil.** Brasília – DF. 1998.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Conselho Federal de Serviço Social. Brasília: DF. 2010.

_____. **O sistema público de saúde brasileiro.** Ministério da Saúde. Brasília: DF. 2002.

_____. **Sistema Único de Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: DF. CONASS, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Reforma Sanitária e Projeto Ético Político do Serviço Social: Elementos para o debate.** In: Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2008.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais.** 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília – DF. 2008.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. **Política de Saúde; Uma Política Social.** In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

HACKER, Jacob. **A lógica histórica do Seguro Nacional de Saúde; estrutura e sequencia no desenvolvimento de britânicos, canadenses e U. S. Medical Policy.** Cambridge University Press. 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As dimensões ético-político do Serviço Social contemporâneo.** In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (Org). **serviço social e saúde.** 4 ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OMS. Ministério da saúde, 2008, p. 161-196.

_____. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1982.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço social.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SERRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do assistente social na saúde.** In: Revista Ciência ET práxis. Vol. 1, n. 2. 2008.

SILVA & SILVA, M. Ozanira da (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ASSISTENTE SOCIAIS

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS ASSISTENTE SOCIAIS



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
 CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

APÊNDICE 1

PROJETO: A atuação do assistente social em uma unidade pública de saúde (policlínica) no município de Miracema do Tocantins

ACADÊMICA-PESQUISADORA: Maria de Lourdes F. A. Coelho

PROFESSORA ORIENTADORA: Josenice Ferreira Araújo

QUESTIONÁRIO APLICADO A ASSISTENTE SOCIAL DA UNIDADE FOCO DO ESTUDO

1) Data de preenchimento do questionário: ____/____/____ Horário: ____:____

2) Sexo: Mac. () Fem. ()

3) Quanto tempo você trabalha na função atual? _____

4) Faixa etária:

() Ate 29 anos

() De 30 a 39 anos

() De 40 a 49 anos

() 50 anos ou mais.

5) Nível de escolaridade:

() Nível médio ou técnico

() Normal superior ou Pedagogia

() Formação superior em outras áreas

() Pós-graduação

6) Qual o instrumento técnico operativo mais utilizado dentro do processo de trabalho

7) Quem são sua rede de proteção em relação a referências e contra referências?

8) Qual a relação do serviço social com os demais profissionais da equipe multidisciplinar?

9) Quais os desafios e avanços e retrocessos do serviço social tanto na política de saúde quanto na policlínica?

10) Existe um trabalho conjunto do assistente social e dos demais profissionais da policlínica?

11) O assistente social realiza visitas domiciliares? Se sim, quando? Se não, por que?

Muito obrigada pela sua contribuição!