

ELIZETE APARECIDA ZANELLATTO

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DE CASCAVEL**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.**

Orientadora: Profa. Ms. Roseli Odorizi

**TOLEDO
2007**

ELIZETE APARECIDA ZANELLATTO

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DE CASCAVEL**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Serviço
Social.**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Ms. Roseli Odorize
Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Profa. Sheila Karina Lüders Meza
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Edson Marques de Oliveira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, dia 14 de novembro de 2007.



*Dedico este trabalho
à minha filha Leticia,
razão de todos
os meus esforços!*

AGRADECIMENTOS:

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida, e, depois, por ter me sustentado durante estes quatro anos da graduação, em particular para a realização deste trabalho.

A toda a minha família: aos meus pais, Antonio e Gentila, em especial à minha mãe, pelo apoio e pelas suas incessantes orações; aos meus irmãos (Hermógenes, Edison e Fátima); às minhas cunhadas (Marlene, Iolanda e meu cunhado Vicente); também aos meus sobrinhos e sobrinhas (Cleber, Cleito e Auelica / Cleane e Jorge / Francieli e André / Angélica, Emerson, Cristina e Clediane). Agradeço por todos terem acreditado em mim e pela força nesta caminhada!

Agradeço à Claudete e ao Moacir, por toda força e disponibilidade em contribuir para a minha formação, cuidando da minha filha Letícia, me proporcionando assim o tempo disponível para a realização do meu estudo e trabalho. Serei sempre grata por todo empenho de vocês. Também à Magali, pela força, torcida e apoio.

À professora Roseli Odorizzi, pelo acompanhamento e orientação durante este trabalho, paciência e principalmente pelo incentivo nos momentos de angústia. A sua contribuição foi, sem dúvida, de fundamental importância.

Agradeço ao Edson Pimenta, meu noivo. Embora tenha participado deste processo só no último ano, foi com certeza muito importante, transmitindo confiança, coragem e tendo muita paciência.

Não poderia esquecer o tio Léo, motorista da van no primeiro ano da faculdade, sempre alegre e atencioso; depois o Cláudio, motorista da van nos três últimos anos. Vocês também contribuíram para que eu pudesse me transportar todos os dias de Cascavel a Toledo e retornar com segurança.

A todas os colegas de van, que contribuíram na troca de experiências, em momentos alegres e de encorajamento, mesmo nos momentos menos bons, alguns dos quais com certeza ficarão marcados para sempre na memória. Ao Márcio, Kelyne e tantos outros...

À amiga, colega de início de faculdade, de van e de trabalho, Edite. Obrigada pela partilha de angústias, alegrias, incertezas e por todo o incentivo. Não poderia esquecer da Neuza, querida amiga, que sempre me incentivou com suas palavras e exemplo!

À amiga de tanto tempo, Narcicléia, pelo que passamos juntas, na van, na faculdade e em outros momentos, por termos dividido alegrias, tristezas, momentos ruins e de tensão, de desânimo. Obrigada pela sua amizade.

À Vanice, Assistente Social da Unidade Básica de Saúde XIV de Novembro, onde realizei o meu estágio em 2006-2007, pela força, paciência, compreensão, incentivo e exemplo de profissional que gosta do que faz. A sua participação na minha formação foi, sem dúvida, muito importante.

Agradeço também a toda a equipe de trabalho da UBS XIV de Novembro pelo apoio, em especial às ACSs Corina, Denilce, Cláudia e Rosângela, pelo carinho, paciência e disponibilidade.

Aos meus colegas de trabalho, que estiveram comigo neste período. Agradeço em particular ao Máx e ao Marcos, pela compreensão e principalmente pela disponibilidade para trocas de horários e substituições quando precisei.

Agradeço às minhas colegas de curso e amigas Franciele Santos, Ivanice Primieri e Susana Borella, com quem compartilhei os momentos de estudos, trabalhos, angústia, medos, incertezas e alegrias, durante esses quatro anos de curso.

A todas as colegas e todos os colegas de sala de aula, com quem dividi momentos importantes nestes quatro anos. Por tudo o que juntos vivemos, e por toda a experiência partilhada.

Enfim, agradeço hoje e sempre a Deus por tudo, por me acompanhar nesta caminhada, e por todas as pessoas que passaram na minha vida durante estes quatro anos e que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha formação.

Elogio da Dialética

*A injustiça passeia pelas ruas com passos seguros.
Os dominadores se estabelecem por dez mil anos.
Só a força os garante.
Tudo ficará como está.
Nenhuma voz se levanta além da voz dos dominadores.
No mercado da exploração se diz em voz alta:
Agora acaba de começar:
E entre os oprimidos muitos dizem:
Não se realizará jamais o que queremos!
O que ainda vive não diga: jamais!
O seguro não é seguro. Como está não ficará.
Quando os dominadores falarem
falarão também os dominados.
Quem se atreve a dizer: jamais?
De quem depende a continuação desse domínio?
De quem depende a sua destruição?
Igualmente de nós.
Os caídos que se levantem!
Os que estão perdidos que lutem!
Quem reconhece a situação como pode calar-se?
Os vencidos de agora serão os vencedores de amanhã.
E o "hoje" nascerá do "jamais".*

Bertolt Brecht

ZANELLATTO, Elizete Aparecida. **A Prática Profissional do Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel (Paraná)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* de Toledo, 2007.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso trata da prática profissional do assistente social nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel (UBSs) e tem como objetivo entender os limites e as possibilidades dessa prática profissional, considerando os objetivos do SUS e do Projeto Ético- Político do Serviço Social dos anos de 1990. A reflexão é fruto da experiência como estagiária na Unidade Básica de Saúde XIV de Novembro, no período 2006-2007, experiência essa que me despertou para conhecer/aprofundar a ação do Serviço Social nesse espaço socioocupacional. Na operacionalização da pesquisa optou-se pelo estudo exploratório da abordagem qualitativa de pesquisa, com o uso da técnica do questionário e da observação sistemática. Os sujeitos da pesquisa foram os Assistentes Sociais das Unidades Básicas de Saúde de Cascavel. Para a seleção dos sujeitos utilizou-se da amostra aleatória simples, onde o critério para a seleção das UBSs era que elas estivessem localizadas em área urbana e que dispusessem de assistente social no seu quadro funcional. Os resultados da pesquisa apontam para a realidade de que o debate do Serviço Social na Saúde vem acompanhado de uma referência e de uma prática que busca a defesa do acesso universal dos usuários ao direito à saúde, articulando de forma criativa os princípios do projeto ético-político profissional e da Reforma Sanitária, no entanto, em se tratando da prática nas UBSs de Cascavel, percebeu-se que existem falhas de ordem prática na concretização destes princípios, tanto no acesso, quanto na estrutura física da instituição, pois há falta de profissionais qualificados, existe má distribuição de recursos, ocorre falta de informação e há pouca autonomia para os Assistentes Sociais na efetivação das suas ações. Mesmo assim, esses profissionais vêm garantindo o seu espaço, através da participação em eventos, Conselhos de Saúde, Conferências, projetos e programas, enfim, espaços que oportunizam a sua contribuição para a defesa dos direitos dos seus usuários e da sua emancipação.

Palavras-chave: Política de Saúde. UBS. Prática Profissional do Serviço Social

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Composição dos Sujeitos da Pesquisa.....	40
GRÁFICO 2 - Questionários Devolvidos.....	41
GRÁFICO 3 - Tempo de atuação na UBS.....	42
GRÁFICO 4 - Tempo de Conclusão do Curso.....	43
GRÁFICO 5 - Participação nos Conselhos de Saúde Municipal ou Local/Bairro.....	44

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABSS	Associação Brasileira do Serviço Social
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANAS	Associação Nacional de Assistente Social
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial III
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CASM	Centro de Atenção em Saúde Mental
CEACRI	Centro de Especialização de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDIP	Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias
CFAS	Conselho Federal dos Assistentes Sociais
CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária.
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRE	Centro Regional de Especialidades
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GEPSS	Grupo de Estudos de Profissionais de Serviço Social
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
HiperDia	Programa de Prevenção e Controle da Diabetes e Hipertensão Arterial
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUCRESS	Núcleo Regional de Serviço Social
OPNS	Organizações Públicas não Estatais
OS	Organizações Sociais
PAC	Postos de Pronto Atendimento Continuado
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAID	Programa de Assistência e Internação Domiciliar
PNI	Programa Nacional de Imunização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso e a Ciência
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SETP	Secretaria de Estado do Trabalho Emprego e Promoção Social
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade do Oeste do Paraná
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	9
LISTA DE SIGLAS.....	10
INTRODUÇÃO.....	13
1 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	16
1.1 ALGUNS ASPECTOS REFERENTES ÀS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	16
1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1980 E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	19
1.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DESAFIOS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO.....	23
1.4 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	26
2 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CASCAVEL.....	31
2.1 A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	31
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	35
3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA.....	39
3.1 ESTRUTURANDO A METODOLOGIA DE PESQUISA.....	39
3.2 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
3.3 COMPREENSAO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL ACERCA DA POLÍTICA DE SAUDE.....	46
3.4 ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NAS UBSs.....	52
3.5 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NAS UBSs.....	54
3.6 O SERVIÇO SOCIAL E A CONQUISTA DO SEU ESPAÇO PROFISSIONAL NAS	

UBSs.....	56
CONCLUSÃO.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
APENDICE.....	67

INTRODUÇÃO

A Saúde no Brasil tem seguido um caminho árduo e, por vezes, limitado. Sempre foi, no entanto, objeto de discussões e proposições, de lutas e de embates pelo direito de se ter saúde com qualidade e na sua totalidade. O resultado dessas lutas, travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, e as suas conquistas, está expresso na Constituição Federal de 1988, a qual defende a saúde como um direito de todos e dever do Estado com garantia dos princípios da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade, formando, assim, o tripé de sustentação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Serviço Social, em sua gênese, tem desenvolvido o seu trabalho em diversas expressões da "questão social" ¹ e, dentre elas, aqui destacada, está a sua atuação na área da Saúde. O seu exercício profissional nesta área tem, ao longo dos anos, juntamente com as transformações ocorridas na sociedade seja de teor político, econômico ou ideológico, juntamente com os profissionais de Serviço Social enquanto categoria, sofrido transformações que, conseqüentemente, trazem consigo rebatimentos no agir profissional do Assistente Social.

O Assistente Social enquanto defensor dos direitos humanos, conforme explicita o Código de Ética Profissional do Assistente Social, tem como princípio a busca pela concretização desses direitos e, no caso da saúde em particular, o acesso a tudo o que prevê a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei Federal nº 8.080/1990).

Diante dos limites postos pela burocratização ao acesso à saúde, o Assistente Social tem como instrumento legal a lei que regulamenta a profissão e como direção o Código de Ética profissional, que lhe darão subsídios na busca de estratégias de abordagens para que o seu agir

¹ “Por “questão social”, no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operaria impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a “questão social” está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (CERQUIERA FILHO, *apud* Netto, 2005, p.17, rodapé).

profissional seja o meio de tornar real, ao usuário de seus serviços, o pleno desfrute desse direito na sua totalidade e integralidade, conforme rege a CF/88 e a LOS.

No decorrer do estágio supervisionado em Serviço Social (atividade curricular obrigatória para a graduação), estágio que se deu no período de 2006/2007, ao acompanhar a prática do Serviço Social na UBS XIV de Novembro, foi se configurando o meu interesse em compreender a prática profissional do Serviço Social nas UBS do Município de Cascavel, a partir da realidade profissional dos anos de 1990. Considerando que as unidades básicas de Saúde (UBSs) são tidas como a porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, conforme o Plano Municipal de Saúde (2006-2009) ², o Assistente Social precisa ter sempre presente a reflexão dos princípios postos pelo SUS, pela LOS e pelo Projeto Ético-Político dos anos de 1990, a fim de agir para a defesa dos direitos dos seus usuários, buscando a emancipação e a construção da cidadania dos mesmos usuários .

Diante disso estabeleceu-se como problema a seguinte questão de pesquisa: – Quais são os limites e as possibilidades dessa prática profissional, considerando os objetivos do SUS e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social dos de 1990?

Para ampliar a reflexão é necessário entender algumas questões que darão norte à questão principal, questões que podem ser formuladas assim: – Qual é o caminho percorrido pelo Serviço Social na sua prática profissional na política de Saúde? – Quais são as mudanças que o Movimento da Reforma Sanitária trouxe para a prática profissional do Serviço Social na área da Saúde? – Quais são as principais mudanças ocorridas na prática do profissional de Serviço Social na política da Saúde após a CF/88? – Quais são as mudanças ocorridas no agir profissional na Saúde a partir da implantação do projeto ético-político profissional dos anos de 1990? – Quais são os atuais desafios para a prática profissional no Sistema Único de Saúde? – No município de Cascavel, como se deu a implantação do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde? – Como se dá a prática do profissional Assistente Social nas Unidades Básicas de Saúde no município de Cascavel? – Na prática do Assistente Social nas UBSs, quais são as ações e atribuições deste profissional?

A partir deste questionamento tem-se como objetivo principal entender os limites e as possibilidades dessa prática profissional, considerando os objetivos do SUS e os do Projeto Ético-Político do Serviço Social dos de 1990. Para alcançar o objetivo optou-se pelo estudo exploratório da abordagem qualitativa de pesquisa, com o uso da técnica do questionário com

² Plano elaborado no Município de Cascavel em 2006.

questões abertas e da observação participante. Os instrumentais usados foram o questionário, documentos, relatórios e diário de campo. Os sujeitos da pesquisa foram nove Assistentes Sociais lotados nas UBSs da área urbana de Cascavel.

Para um entendimento mais aprofundado do tema, o presente trabalho foi dividido em três capítulos, sendo que no primeiro buscou-se compreender a política de Saúde no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária no contexto brasileiro, a implantação do SUS e os seus principais desafios, bem como se buscou entender a relação da prática profissional do Serviço Social na Saúde e o Projeto Ético-Político do Serviço Social dos anos de 1990.

No segundo capítulo faz-se um apontamento sobre a política de Saúde no município de Cascavel e a inserção do Serviço Social na Secretaria de Saúde do Município e nas Unidades Básicas de Saúde.

No terceiro e último capítulo é realizada a descrição, de forma detalhada, dos procedimentos metodológicos utilizados, bem como são apresentados alguns aspectos referentes aos sujeitos da pesquisa, para que, na seqüência, se procedesse à determinação dos eixos para a efetivação da análise dos dados.

Espera-se, com este estudo, contribuir na reflexão sobre a prática profissional nas UBSs e os desafios postos na atualidade na defesa do acesso universal dos usuários ao direito à saúde, articulando, de forma criativa, os princípios do projeto ético-político profissional e da Reforma Sanitária.

1 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

Considerando que o objeto de estudo deste trabalho de conclusão de curso (TCC) é a prática profissional do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de Cascavel, em relação aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos do projeto político-profissional do Serviço Social dos anos de 1990, tentaremos delinear neste primeiro capítulo aspectos referentes à política de Saúde no contexto brasileiro com o Movimento da Reforma Sanitária e com a prática profissional do Serviço Social, contextualizando essa política de Saúde a partir do projeto político-profissional dos anos de 1990.

2 ALGUNS ASPECTOS REFERENTES ÀS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO BRASILEIRO

Objetivamos, neste item, entender alguns aspectos teóricos que permeiam a discussão das políticas sociais de seguridade social no contexto brasileiro, delineando alguns tópicos importantes na construção e na implementação das políticas sociais, como fruto das relações sociais postas pelo sistema capitalista de produção.

Conforme Vieira (1992), a política social tem a sua gênese na evolução do capitalismo, ou seja, no desenvolvimento contraditório da história, entendendo-se que a política social está intimamente vinculada à acumulação capitalista. E nesse contexto, é a partir de reivindicações da população que o Estado passa a intervir nas relações sociais através da criação de políticas sociais:

A política social aparece no capitalismo construída a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais. A política

social, compreendida como estratégia governamental de intervenção nas relações sociais, unicamente pôde existir com o surgimento dos movimentos populares do século XIX (VIEIRA, 1992, p.19).

As políticas sociais têm o Estado como o seu elemento organizador. Dessa forma, “[...] mais que um 'zelador' das condições que permitem a reprodução das relações de produção na perspectiva do desenvolvimento e ampliação do modo de produção", o Estado dá respostas às pressões da classe trabalhadora através da implantação de certas políticas sociais (RODRIGUES NETO, 2003, p.25 e 26).

As políticas sociais, estruturadas no sistema capitalista, possuem uma estreita relação com o processo de reprodução da força de trabalho, sob a forma de benefícios, proteção e serviços, sendo que os mecanismos instituídos para a distribuição destes benefícios exprimem a correlação de forças que existe entre sociedade e o aparelho estatal (FALEIROS, 2000).

As políticas sociais possuem, no entanto, um caráter contraditório, porque, ao mesmo tempo em que respondem positivamente às pressões dos trabalhadores, também respondem aos interesses dos representantes do capital. Desta forma:

[...] a política social não pode ser analisada de forma linear, como uma função apenas das necessidades do desenvolvimento capitalista ou como resultado apenas das lutas políticas da classe trabalhadora organizada, [...] convém, portanto encarar a política social como unidade contraditória que expressa uma coalizão instável entre positivo e negativo (PEREIRA, 1999, p. 54).

Historicamente, podemos perceber que as primeiras legislações de proteção social têm o seu início no século XIX, na Europa, mais precisamente na Alemanha, com a lei de Bismarck em 1871. Esta lei instituiu o seguro-acidente obrigatório, em favor dos trabalhadores; tem caráter contributivo e, posteriormente, em 1942, traz consigo princípios de universalidade, unificação dos sistemas e uniformidade das prestações, utilizados até hoje para a Seguridade Social (CABRAL, 2000).

No pós-Segunda Guerra Mundial, há uma necessidade de reconstrução dos países envolvidos no conflito, bem como necessidade de assegurar o mínimo de bem-estar social, necessidades das quais decorre uma generalização das medidas de seguridade social,

generalização ligada à construção do Estado de Bem-Estar Social³, porém com maior intensidade nos países europeus (BEHRING, 2000).

Conforme Vieira (2000), o Estado de Bem-Estar Social não existiu no Brasil. Aqui ocorreu apenas uma intervenção estatal no campo econômico e no campo social. É com a Constituição Federal de 1988 que se passa a garantir, para além dos direitos civis e políticos, os direitos sociais. Ocorre, porém, que todo esse processo de conquistas de direitos no Brasil aconteceu num momento em que, no panorama mundial, o Estado de bem-estar social estava sendo fortemente criticado devido à reestruturação do capitalismo e à crise do chamado socialismo real.

Conforme Balera (2004), a partir dos anos 1970, com a gradativa implantação do Estado mínimo, ou seja, um Estado mínimo para os gastos sociais e com as sucessivas reformas mundo afora, o Estado de bem-estar social começa a ser questionado quanto à sua abrangência e profundidade. Diante dessa realidade, caberia ao setor privado a mediação de acesso ao mercado de consumo, dos mais variados bens, tanto de serviços como de consumo.

Sendo assim, o projeto neoliberal deixa claro o não-comprometimento do Estado com o bem-estar social, ou seja, o bem-estar social é de responsabilidade do setor privado, onde as suas fontes naturais se dão na família e a comunidade. O Estado terá uma política pública assistencialista e extremamente seletista, sendo totalmente contrária à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais. As estratégias de Estado na redução da ação estatal no terreno do bem-estar social são: “[...] a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes de gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local.” (LAURELL, 1995, p.163).

Neste sentido, para Laurell (1995), o projeto neoliberal pretende implantar um novo padrão de acumulação com o objetivo de iniciar uma nova fase de expansão capitalista que, dentre outras coisas, possibilitaria uma concentração de capital no domínio do capital internacional, mas, para isso, devia derrotar ou, pelo menos, enfraquecer a classe trabalhadora das suas organizações reivindicatórias e partidárias.

³ É um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia. Nesta orientação, o Estado é o agente regulamentador de toda vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população (WIKIPÉDIA, 2007).

Assim, as políticas sociais no contexto brasileiro são fruto de reivindicações populares, mas também implantadas por um sistema capitalista controlador, autoritário, centralizador, constituindo uma política social de caráter seletista, fragmentária, que atende apenas parcialmente às necessidades da classe trabalhadora.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 1980 E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Pretende-se, neste item, entender a política de Saúde no contexto brasileiro na década de 1980 e a contribuição do Movimento da Reforma Sanitária, cujos princípios e diretrizes culminaram na construção e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Podemos perceber que a década de 1980 trouxe para o Brasil um marco histórico, pois o país “vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64”. Não foram, no entanto, apenas mudanças políticas que estiveram presentes neste período, mas, conforme a mesma autora, o Brasil experimentou uma “profunda e prolongada crise econômica, que se faz presente até os dias atuais.” (BRAVO, 2007, p. 95).

A Saúde no Brasil até 1988 não era considerada como um direito universal, mas havia um “privilegiamento do produtor privado” (BRAVO, 2000, p.105), no entanto, para o sistema de proteção social, a Constituição Federal de 1988 traz grandes modificações em vários setores e particularmente para a Saúde:

[...] inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social, que *universaliza os direitos sociais*, concebendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado (BRAVO, 2007, p. 88).

Para compreendermos melhor a importância desta conquista, é preciso fazer um breve retrospecto histórico. Faleiros (2000) explica que, na década de 1970, apesar das mudanças ocorridas no setor da Saúde, mais de 40 milhões de brasileiros não tinham acesso à saúde, havendo uma expressiva desigualdade: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para um pequeno grupo de trabalhadores assalariados e classe média, os serviços públicos para contribuintes da

previdência e, para os pobres, que não possuíam recursos financeiros e nem mesmo trabalho, sobrava a caridade e a filantropia oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia.

Há, portanto, na década de 1970, uma grande mobilização da população no Brasil frente às diversas faces da crise posta no país. Em relação à Saúde, em meados da década de 1970 há uma organização dos setores progressistas, organização integrada por profissionais da Saúde pública, o que constituiu o que mais tarde será chamado de movimento sanitário. Isso aconteceu em um momento em que havia um grande crescimento na produção teórica na área da Saúde coletiva, incorporando instrumentais das Ciências Sociais. Eram realizados encontros e debates que tiveram como grande estimulador e articulador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e o início da publicação da revista e da série Saúde em Debate (BRAVO,1996).

O movimento sanitarista destaca-se pela clareza da sua organização, e traz consigo estratégias de atuação em várias frentes, como produção e divulgação de conteúdos, ocupação de espaços institucionais e o trabalho com parlamentares:

[...] desde a produção e divulgação de conhecimentos carregados de ideologia e de propostas transformadoras até a "ocupação de espaços institucionais" (tão polêmica na ocasião) e o trabalho com parlamentares. [...] A partir da identificação de alguns parlamentares com o *movimento*, foi possível usar o espaço do Congresso Nacional para ampliar as discussões e as denúncias, assim como cobrar posicionamentos de autoridades da área (RODRIGUES NETO, 2003, p.35).

No Congresso Nacional, essas representações de parlamentares que se identificavam com o movimento levantaram algumas propostas, dentre as quais se destacam:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando o reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2000, p.109).

A partir da década de 1980 a Saúde deixou de ser de interesse dos técnicos e passa a assumir uma dimensão política, unida à democracia, apesar de não trazer ganhos materiais para a população. Várias representações sociais participaram das discussões e propostas governamentais para a Saúde, fazendo com que o debate se tornasse amplo e perpassasse toda a sociedade civil, incluindo-se a participação, além do movimento sanitário, de entidades, de partidos políticos de oposição e de movimentos sociais urbanos articulados a outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2000).

A organização de diversos eventos contribuiu para fortalecer a luta. Dentre esses eventos destaca-se o seminário realizado entre as secretarias de Saúde do Estado de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo; o debate feito na reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso e Ciência (SBPC); reunião sobre Ações Integradas de Saúde (AIS); e a XVIII reunião do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), em Belo Horizonte (BRAVO, 1996).

A partir desses encontros e reuniões foram elaboradas propostas para o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados⁴, onde, após a apresentação e a discussão, a comissão elaborou o relatório final com uma “*Proposta Política para um Programa de Saúde*”. O Governo da Nova República incorporou, no seu Plano de Ação Governamental, na área da Saúde, parte das propostas do V Simpósio, dentre elas a criação do Sistema Unificado de Saúde, e em 1985 determinou, como estratégia de ação, a dinamização das Ações Integradas de Saúde - AIS como forma mais concreta de viabilização dessa política (BRAVO, 1996, p. 73).

A política da Saúde teve aqui os seus momentos de avanços e regressos. Como fator fundamental que contribuiu para a discussão da Saúde no Brasil destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de março, em Brasília – Distrito Federal – onde estavam presentes cerca de 4.500 pessoas, entre os quais 1000 eram delegados (BRAVO, 1996).

A 8ª Conferência foi, sem dúvida, um marco que trouxe para a discussão da Saúde a participação da sociedade, através de entidades representativas da população. Desta forma, “a questão da Saúde transbordou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (RODRIGUES NETTO *apud* BRAVO, 1996, p. 77).

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo assume a bandeira da Reforma Sanitária, juntamente com a política das ações integradas de Saúde (AIS):

⁴ Este Simpósio ocorreu em novembro de 1984 em Brasília.

[...] a consolidação das AIS, era necessária à constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi aprovado pelo presidente da República, em junho de 1987, sendo um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal (CORDEIRO *apud* BRAVO, 1996, p. 78).

Está claro, no entanto, que, para chegar à inclusão, na Constituição Federal de 1988, da saúde como um direito universal, percorreu-se um longo caminho, onde o movimento sanitário teve uma fundamental participação, segundo Rodrigues Neto (2003), como movimento pela democratização da Saúde. Este, sem dúvida, não foi um processo simples e sim:

[...] um processo de lutas e conquistas do *movimento pela democratização da Saúde* com sucesso inquestionável, que, entretanto, coloca o desafio da sua própria superação não apenas pela sua via de desenvolvimento técnico, mas também pela sua capacidade de rearticular-se politicamente e contribuir ideologicamente para o aprofundamento da democracia como condição essencial de apropriação dos conhecimentos e instrumentos necessários à luta contra-hegemônica das classes hoje hegemônicas (RODRIGUES NETO, 2003, p. 31).

As propostas apresentadas e aprovadas na VIII Conferência eram consideradas na Saúde como pré-constituente, pois já apresentavam as principais mudanças para o setor, porém era preciso garanti-las na Constituição Federal, o que não foi tão simples. A Assembléia Constituinte possuía, no seu regimento interno, certa ousadia crítica que foi, sem dúvida, a porta para a real mudança na política da Saúde. Havia, no entanto, uma disputa de interesses na Saúde que estavam organizados em dois blocos: os empresários sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), além dos combatentes da Reforma Sanitária, que eram representados pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO, 1996).

Como resultado da mobilização dos profissionais da Saúde em articulação ao movimento popular, afirma Bravo (2002), a Constituição Federal de 1988 incorporou alguns conceitos, princípios e diretrizes propostos pela Reforma Sanitária:

[...] o conceito de saúde, entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo; o atendimento integral; a participação da comunidade; e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social; e a liberdade para o setor privado (MENDES, 1998, p. 35).

A estratégia do projeto da Reforma Sanitária era a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), defendido e regulamentado na CF/88, e complementado pela Lei Orgânica da Saúde promulgada em 1990, servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade da política sanitária mantendo os princípios constitucionais:

[...] saúde como direito e dever do Estado; conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativo, com mando único em cada esfera do governo (MENDES, 1998, p. 35).

Logo, torna-se princípio que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, princípio o qual que deverá ser garantido pelas esferas federal, estadual e municipal, sendo uma garantia com universalidade no acesso a qualquer brasileiro, independentemente da sua caracterização (qualquer que seja). Esse princípio, além da sua universalidade de abrangência, ainda deve atender aos requisitos de integralidade, de igualdade e de participação da comunidade no processo através dos respectivos conselhos.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DESAFIOS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO

Objetiva-se agora compreender os princípios e as diretrizes do SUS, a sua implantação e os embates políticos conjunturais que limitam a sua integral execução.

Conforme citado anteriormente, o Sistema Único de Saúde resulta de uma árdua luta, que teve o seu início na década de 1970, como idéia abraçada pelo Movimento da Reforma Sanitária, movimento o qual partia do princípio de que a defesa da Saúde é a defesa da própria vida, aspecto no qual o então sistema de garantia de atendimento aos trabalhadores formais e a quem podia pagar deveria ser reformulado, a fim de torná-lo eficaz e disponível a toda a população (LACERDA, 2001).

Neste contexto histórico, a assistência pública à Saúde era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com a separação da Saúde e da Previdência em 1988, o INAMPS⁵ deixou de ser o órgão responsável pela execução de serviços de Saúde, passando gradativamente a responsabilidade para os governos estaduais e municipais, atuando desta forma na definição de políticas, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Previdência Social (BRAVO, 1996).

Com a Constituição Federal de 1988, essa realidade muda, alterando esta situação de desigualdade na assistência à Saúde, “[...] universalizando o acesso ao atendimento – tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa (LACERDA, 2001, p. 11)”.

Na criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 é clara e objetiva acerca do que é o Sistema Único de Saúde. No artigo 198 diz:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

& 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recurso do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 2005, p.142).

Conforme afirma Lacerda (2001), o SUS tem, portanto, caráter público, e seu financiamento é feito pela própria população através de impostos arrecadados. Fazem parte deste sistema os centros e os postos de saúde, hospitais (incluindo os universitários), laboratórios,

⁵ Em 27 de julho de 1993, foi extinto, através da Lei Federal nº 8.689, sendo as suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS. (PARA, 2007).

hemocentros, fundações e institutos de pesquisa. Conforme a Constituição Federal, o setor privado também participa de forma complementar, através de contratos e convênios (BRASIL, 2005, p.142).

As diretrizes postas na CF/88 para o SUS são a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. São essas diretrizes que caracterizam o SUS como um sistema único, e, em decorrência delas, o SUS traz alguns princípios, como a universalidade, a igualdade, a equidade, a resolutividade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade (LACERDA, 2001).

A regulamentação completa do SUS, essa nós a teremos somente em 1990, quando são aprovadas duas leis, a Lei Federal nº 8.080/1990 e a Lei Federal nº 8.142/1990, as quais, juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o processo de descentralização, sobre as competências de cada esfera de governo e sobre a organização do sistema, e a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vai tratar da participação da comunidade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros (BRAVO e MATOS, 2002).

Também fazem parte, do conjunto de leis que regulamentam o SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, que se voltam mais diretamente para a definição de estratégias e de movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste sistema, e têm por finalidade primordial:

[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função do gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (LACERDA, 2001, p. 47).

As conquistas obtidas na CF/88 pelo Projeto de Reforma Sanitária têm, contudo, sofrido fortes ataques pelo grande capital e pela hegemonia neoliberal do Brasil, forças que vêm transferindo as responsabilidades do Estado em relação ao desenvolvimento econômico e social para o setor privado. A Saúde, quando vinculada à lógica do mercado, possui caráter focalizado,

busca ampliar a privatização, estimula a adoção do seguro privado, deixando ao Estado a tarefa de atender apenas aos que não podem pagar, assim garantindo o mínimo necessário, indo totalmente na contramão das propostas postas pela Reforma Sanitária. As principais tendências deste modelo são: “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta; a descentralização com isenção da responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO e MATOS, 2002, p. 200).

A política neoliberal no governo de Fernando Collor de Mello reduz os investimentos na área social, inclusive na Saúde, fazendo com que, na década de 1990, mesmo com a consolidação no plano legal através da CF/88, a política de Saúde no Brasil se deteriorasse, devido à diminuição de recursos e há um “boicote sistemático e contundente à implantação do SUS” (BRAVO e MATOS, 2002, p. 201).

Em 1995, ao assumir a presidência, Fernando Henrique Cardoso implanta explicitamente o projeto neoliberal, trazendo o ajuste da política de Saúde à proposta de Reforma do Estado, reforma que compreende os serviços sociais não privatizados, mas também sem responsabilidade do Estado, transformando-se em Organizações Públicas Não-Estatais (OPNES) e em Organizações Sociais (OS). Em conclusão, segundo essa reforma, a Saúde deve ser prestada por OPNES, sociedades de direito privado sem fins lucrativos, as quais têm como recurso o dinheiro dos cofres públicos (BRAVO e MATOS, 2002).

Nesta conjuntura, vemos claramente que as conquistas obtidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e garantidos pela CF/88 e posteriormente regulamentados pela LOS (conquistas que têm como princípios e diretrizes o que está disposto no artigo 7º, ou seja, a universalidade de acesso, a integralidade, a igualdade, o direito à informação e a participação da comunidade) sofrem desmanche com o projeto neoliberal, o qual prevê que cada indivíduo vele pelo seu bem-estar social ao invés de se ter a garantia do Estado de Direito (FALEIROS, 2000).

É nesta realidade que o Serviço Social se insere e revê a sua ação profissional, o seu projeto político, na busca dos direitos dos seus usuários e na defesa de uma cidadania plena e democrática.

4.1 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

No capítulo anterior abordamos aspectos políticos e econômicos do Brasil na década de 1980 e os avanços e conquistas do movimento sanitário, a Constituição Federal e a implantação da Reforma Sanitária e o SUS, conquistas que, segundo Bravo (2007), só foram possíveis devido à mobilização da população.

Nessa conjuntura e paralelamente, o Serviço Social também busca refletir e ampliar o debate teórico em torno do seu projeto ético-político, delineando novos rumos para a profissão, que traz, na sua gênese, uma teoria conservadora, conforme Yasbek (2000).

A partir da década de 1980, aprofundando na década de 1990, o Serviço Social, enquanto categoria profissional, busca, a partir da teoria social de Marx, imprimir uma direção ao pensamento e às respostas do agir profissional mediante as demandas da "questão social", que nestes anos trazem consigo novas configurações e, conseqüentemente, novos desafios ao novo projeto político-profissional do Serviço Social.

Conforme Bravo e Matos (2007), 1980 é fundamental para se entender a profissão hoje, pois foi o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria, ou seja, o momento de ruptura com o Serviço Social tradicional e a adesão ao marxismo.

Assim, o Serviço Social caminhou na busca de uma consolidação e de uma fundamentação teórica, mas há uma lacuna neste processo, pois os profissionais que aderiram a esta vertente na sua maioria estão no processo formativo e não estão inseridos na prática, trazendo assim poucos resultados na intervenção. E, conseqüentemente, este fator trará para o Serviço Social na Saúde⁶ reflexos deste contexto.

Diante destas lacunas na prática profissional, ao se analisar o Serviço Social nos anos de 1980, percebe-se uma mudança de posição. Conforme Bravo (2007), há uma postura crítica nas produções teóricas apresentadas pelo Serviço Social em congressos e nas propostas de intervenção formuladas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS); para o Serviço Social do INAMPS e também na articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da Saúde.

O Serviço Social na década de 1990, segundo Matos (2003), avança significativamente na sua direção crítica, tanto no aspecto político, institucional e também acadêmico:

⁶ Conforme Bravo e Matos (2006), a saúde é o setor que mais absorve profissionais do Serviço Social.

No aspecto político, durante toda a década as entidades nacionais representativas da categoria são dirigidas, e eleitas democraticamente, por projetos políticos progressistas. Referimo-nos à ABSS/ABPSS, CFAS/CFESS e Sessune/Enesso.

No aspecto institucional, há como avanço a promulgação do Novo Código de Ética do Assistente Social em 1993, e da Nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8.662/93). [...] o protagonismo da categoria no processo de luta de construção de uma política pública, a assistência social. Em 1996, há também a aprovação das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Serviço Social.[...]

No aspecto acadêmico, emergem na década de 90 várias publicações [...] o uso recorrente de autores da tradição marxista. [...] Há uma consolidação da pesquisa e da pós-graduação em Serviço Social (MATOS, 2003, p. 89).

Um fator de extrema importância, que Matos (2003) evidencia ao falar do Serviço Social na Saúde na década de 1990, consiste no fato de ser o período de implantação e êxito do projeto neoliberal no país. Como vimos no capítulo anterior, é um momento de desmonte das conquistas obtidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e o movimento popular, ou seja, um momento de defesa de um Estado mínimo para as questões do social.

O Serviço Social que ainda não está, até este momento, articulado ao movimento sanitário, reconhece nele e no SUS concepções de políticas sociais que a categoria vem tecendo coletivamente desde 1980, e se encontra em tensão entre “o direito à saúde e a ofensiva Neoliberal” (MATOS, 2003, p. 91).

Percebe-se nesta década a presença de dois projetos políticos que vêm requerer ao Serviço Social diferentes demandas:

O projeto privatista [...] seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários de plano de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais.[...] o projeto da Reforma Sanitária [...] busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2004, p. 36).

Em relação às produções bibliográficas que buscaram pensar e intervir no Serviço Social na Saúde a partir da realidade do final de 1990, na sua maioria o Serviço Social na Saúde está “acompanhado de uma referência ao projeto da Reforma Sanitária e ao projeto ético-político profissional”, mas, segundo a autora, houve certa dificuldade dos pesquisadores em efetuar “reflexões acerca do cotidiano, e que estivesse norteado pelo projeto ético-político profissional e o da Reforma Sanitária” (BRAVO e MATOS, 2004, p. 37).

Na sua conclusão na análise de produções bibliográficas, a autora deixa claro o desafio posto:

[...] a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, para tanto se faz necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social (BRAVO e MATOS, 2004, p. 40).

É a partir da realidade do cotidiano do Serviço Social na Saúde que se faz necessário: “qualificar ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a prática”, mas não podemos esquecer que a Saúde é um direito universal, posto na Constituição de 1988 e está em consonância com o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro (VASCONCELOS, 2007, p. 242).

E, para tornar esta prática realidade, rompendo com princípios conservadores, os assistentes sociais precisam ter a:

[...] definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, *a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica* que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na *relação de unidade entre teoria e prática* (VASCONCELOS, 2007, p. 253).

O Serviço Social na Saúde deve estar atento a uma compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que estão presentes no processo saúde/doença dos usuários e buscar estratégias que irão trazer soluções para estas questões, sendo que não deve agir subjetivamente, mas buscar uma ação articulada com outros segmentos que defendem o Sistema Único de Saúde. Assim, o assistente social deve:

[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atendendo para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO e MATOS , 2004, p. 43).

Diante de todas essas reflexões colocadas, conclui-se que o Serviço Social deve estar atento aos movimentos históricos e, como categoria profissional que é, deve buscar defender os direitos dos seus usuários, na busca da efetivação da democracia e da cidadania, na sua prática cotidiana, e articulado a outros sujeitos que partilhem destes princípios (BRAVO e MATOS, 2004).

5 A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CASCAVEL

Após discorrermos teoricamente sobre a prática profissional do Assistente Social na área da Saúde no contexto brasileiro atentando para os objetivos profissionais em relação à política de Saúde e aos objetivos do SUS, vamos tentar visualizar, neste capítulo, como se dá essa prática nas Unidades Básicas de Saúde em Cascavel, tentando identificar aspectos inerentes ao processo de inserção e prática na Política de Saúde do Município.

6 A SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

O objetivo deste item é identificar as Unidades Básicas de Saúde do Município, espaços de prática do Assistente Social, como órgãos estratégicos no enfrentamento das demandas relacionadas à Política de Saúde no Município.

A cidade de Cascavel⁷ teve a sua municipalização constituída em 14 de dezembro de 1952 (WIKIPEDIA, 2007), a partir da qual a Saúde contava apenas com um departamento de Saúde, que tinha a sua vinculação com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), a qual atua na Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) desde 1998, conforme Norma Operacional Básica (NOB/96):

Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município, através do Piso de Atenção Básica (PAB), recebe um montante *per capita* previamente fixado e a administração local desenvolve um conjunto de ações de atenção primária,

⁷ O município de Cascavel foi criado em 14 de novembro de 1951, está localizado no extremo oeste do Paraná, possui uma área de 2.100 km². Possui uma população de 285.784 habitantes (IBGE, 2007).

voltadas para promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação da doença. Existe, ainda, uma parte variável do financiamento relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações básicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate a Carências Nutricionais (BRASIL, 2007).

A Lei Federal de nº. 8.880/1990 determina que todos os recursos aplicados pelo Município na área da Saúde, sejam provenientes de repasse do Estado ou da União, ou da própria arrecadação municipal, estes recursos serão depositados no Fundo Municipal de Saúde.

Em Cascavel, a Lei Municipal nº. 2.424/1994 criou e regulamentou o Fundo Municipal de Saúde e define, de modo claro, que todos os recursos aplicados em Saúde sejam depositados nas contas que compõem o Fundo Municipal de Saúde, sendo de responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde fiscalizar e acompanhar o funcionamento do mesmo fundo.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da Saúde pública no Brasil, em 13 de setembro de 2000 foi editada a Emenda Constitucional nº 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a responsabilidade efetiva e co-participação da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e dos serviços de Saúde (CASCAVEL, 2007).

A Secretaria de Saúde de Cascavel (SESAU) tem passado por uma reorganização técnica e administrativa, onde tem como objetivo redirecionar a prática de trabalho, visando analisar essa prática quanto aos problemas locais de saúde, os quais servirão de subsídios para a elaboração do plano de ação para cada um dos seus serviços. Para uma melhor administração, mantém uma divisão territorial do município em dois Distritos Sanitários, os quais são administrados pelos diretores dos Departamentos: Administrativos, de atenção à Saúde e de Vigilância a Saúde. Os gerentes de divisão fazem a mediação entre os diversos serviços, unidades e programas com o gestor e os Departamentos da SESAU para elaboração de estratégias para a implantação e implementação das políticas públicas no Município (CASCAVEL, 2006).

A Secretaria, no seu Plano Municipal de Saúde (2006-2009), divide o atendimento à população em seis linhas de atenção à Saúde: Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção às Urgências, Saúde Bucal, Saúde Mental e Assistência Farmacêutica.

Em se tratando das especialidades na área da medicina, o Município de Cascavel dispõe de um Centro Regional de Especialidades (CRE), que realiza o seu atendimento em nível

de Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), do qual fazem parte 25 municípios, os quais possuem cotas previamente estabelecidas (CASCAVEL, 2006).

A SESAU presta serviço à população através de vários programas, dentre eles o Programa de Saúde Bucal, onde em Cascavel foram criadas 29 clínicas odontológicas que participam deste programa. Além dessas clínicas, existem mais 10 conveniadas, que prestam assistência odontológica de Atenção Básica à população adulta. Recentemente a prefeitura, através do Programa Brasil Sorridente, do governo federal, firmou convênio com a Unioeste (Universidade do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel), para assistência odontológica especializada nas áreas de Dentística, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia, Implantodontia, Prótese total e no atendimento a pacientes especiais (CASCAVEL, 2007).

A Secretaria possui, ainda, atendimento especializado para a criança e o adolescente a nível ambulatorial nas especialidades de Medicina, Fonaudiologia, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia e Odontologia. Estes serviços são oferecidos através do Centro de Especialização de Atenção à Saúde do Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) (CASCAVEL, 2006).

Para o atendimento a doenças infecto-contagiosas, a SESAU conta com o Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP), que atua na elaboração de estratégias de ação para controle e prevenção destas doenças, bem como atua no controle e tratamento de Hepatite, Leishmaniose, HIV/AIDS, demais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Toxoplasmose, Blastomicose, redução de danos álcool e drogas⁸, e está conveniado ao Hospital Dia no tratamento de Aids, no atendimento às vítimas de violência sexual. O CEDIP é referência, pois oferece atendimento psicológico e distribui a pílula do dia seguinte nestes casos (CASCAVEL, 2006).

Para o atendimento à saúde mental existem serviços extra-hospitalares: Centro de Atenção em Saúde Mental (CASM), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e Serviços Residenciais Terapêuticos. (CASCAVEL, 2007).

Na área da Assistência Farmacêutica, a SESAU conta com o atendimento de duas farmácias (Farmácias Básica I e II), duas Farmácias Populares e 35 Unidades de Dispensação. O Laboratório Municipal realiza a coleta de exames na sua sede e, por meio de 14 Postos de Coletas

⁸ Na redução de danos atua através da distribuição de *kits* para usuários de drogas injetáveis e na distribuição de preservativos às profissionais do sexo.

localizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USF) (CASCAVEL, 2006).

A gestante de risco também tem um atendimento diferenciado através do Ambulatório de Gestação de Alto Risco. Existem alguns programas mais direcionados, que também estão em consonância com políticas federais e estaduais, como:

- Programa Saúde da Família (PSF).
- Programa Anjos da Guarda.
- Programa Corpo e Vida.
- Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID).
- Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Programa Saúde do Trabalhador.
- Projeto Redução de Danos à Saúde pelo Uso Abusivo de Drogas.
- Programa de Controle de Endemias.
- Programa Ninar.
- Programa Saúde do Neonato, Criança e Adolescente.
- Programa Nacional de Imunização (PNI).
- Programa de Planejamento Familiar.
- Programa de Prevenção do Câncer da Mama e do Colo Uterino.
- Programa de Prevenção e Controle da Diabetes e Hipertensão Arterial (HiperDia).
- Programa de Saúde Bucal.
- Programa de Controle de DST/AIDS.
- Programa Saúde Mental.
- Programa Saúde do Adulto (CASCAVEL, 2006).

Para atender as emergências, o município possui dois Postos de Pronto Atendimento Continuado (PAC I e PAC II). Nos casos de urgências clínicas, obstétricas e psiquiátricas que necessitam de um atendimento pré-hospitalar, dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e, em casos de vítimas de trauma de trânsito e outros, conta com o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SIATE) (CASCAVEL, 2007).

Além dos serviços em forma de programas, projetos e atendimentos diretos, acima

descritos, prestados à população de Cascavel, atualmente a Secretaria de Saúde (SESAU) conta com 27 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 23 delas encontram-se localizadas na área urbana e 4 na área rural.

As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) têm como responsabilidade o atendimento ambulatorial nas diferentes áreas: Medicina, Enfermagem e Serviço Social, bem como ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

As UBSs que trabalham com a Estratégia Saúde da Família, de acordo com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde, recebem a denominação de Unidade Saúde da Família (USF), tendo como característica o atendimento voltado para o atendimento integral do indivíduo, da família e da comunidade (CASCAVEL, 2006).

7 O SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Sabemos que a Saúde passou por várias etapas até chegar a um Sistema Único de Saúde (SUS), onde preconiza “direito de todos e dever do Estado” (CF/88, artigo 196), que tem como princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade e a igualdade, conforme regulamentação da Constituição Federal de 1988, artigo 198 e a Lei Federal nº. 8.080/1990 (LOS).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997, reconheceu o Assistente Social, juntamente com outras categorias, como profissional da Saúde de nível superior. Sobre o assunto já havia, desde 6 de junho de 1990, um parecer do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), da Associação Nacional de Serviço Social (ANAS), e da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), parecer o qual não deixa dúvidas, conforme podemos constatar nas diretrizes do Serviço Social do Hospital Universitário da UFSC:

Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional da saúde têm

competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. A Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2007).

A ação profissional se dá no planejamento e na execução de políticas sociais específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população, sendo pautada no Código de Ética da profissão; na lei de regulamentação da profissão de Assistente Social (Lei Federal nº 8.662, de 7 de julho de 1993); nos princípios e diretrizes da Lei Federal 8.080/1990 (LOS), da Lei Federal nº 8.142/1990 (SUS) e da Lei Federal nº 8.742/1993 (LOAS). A ação profissional visa atender as demandas socioassistenciais ligadas ao processo saúde/doença no atual contexto do SUS, sendo o trabalho do Serviço Social realizado numa perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional.

Em se tratando da inserção do profissional de Serviço Social na Secretaria de Saúde de Cascavel, observamos que, no período 1983-1984, a prefeitura de Cascavel assina convênio com o então SUDS, hoje denominado SUS, assumindo a responsabilidade pela municipalização dos serviços da Saúde. A partir de então, várias mudanças ocorreram, como, por exemplo, o aumento do quadro técnico, que trouxe a contratação da primeira Assistente Social para o Departamento de Bem-Estar Social (FERRAZ, 2005).

Devido às mudanças ocorridas neste período, a nível nacional, em relação à Saúde, com a implantação do SUS em 1990, o município de Cascavel também teve que fazer algumas adequações, dentre elas o aumento da sua responsabilidade mediante o planejamento, a execução e o monitoramento das ações dos serviços prestados na área da Saúde. Como consequência destes acontecimentos, fez-se necessário dividir o departamento de Bem-Estar Social da Secretaria de Saúde em duas Secretarias: Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Ação Social. Isto ocorreu em 22 de novembro de 1994 (FERRAZ, 2005).

Ao realizar esta separação, definem-se para cada secretaria responsabilidades diversas e programas de atuação diferenciados, trazendo para Cascavel uma expansão na construção de

Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e um significativo aumento do quadro de funcionários para melhoramento no atendimento à população (FERRAZ, 2005).

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são consideradas a “porta do Sistema Municipal de Saúde”, onde o Serviço Social, juntamente com uma equipe multidisciplinar, desenvolve seu trabalho na coordenação da unidade ou de projetos, no atendimento às necessidades básicas das famílias (crianças, adolescentes, idosos), às pessoas portadoras de deficiência, às profissionais do sexo, aos homossexuais e aos usuários de drogas.

É também do Serviço Social a responsabilidade de promoção do bem-estar social da comunidade nos seus aspectos econômico, social, físico e cultural, estimulando também a cooperação dos integrantes da instituição com discussões dos objetivos, estratégias e instrumentos de comunicação, com a finalidade de obter um melhor atendimento aos usuários da Saúde.

Seguindo as diretrizes da Secretaria de Saúde (SESAU), o Serviço Social, pautado em seu Código de Ética e na lei que regulamenta a profissão (Lei Federal nº.8.662/1993), a partir de reuniões e de avaliação das necessidades da população, elaborou um plano de atuação junto a esta secretaria. Neste sentido, a atuação profissional do Assistente Social lotado nas diferentes Unidades Básicas de Saúde de Cascavel encontra-se pautada nestas diretrizes orientadoras da prática profissional.

Este plano foi elaborado em forma de projeto e apresentado à Secretaria da Saúde no ano de 2004. Após a apresentação à Secretaria da Saúde, foi enviada uma cópia (através de uma comunicação interna, para todas as assistentes sociais locadas nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel e Programa Saúde da Família. O Projeto tem como título: "Troca de experiência dos profissionais do Serviço Social das Unidades Básicas e equipes Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel", cujo objetivo geral é criar o Grupo de Estudos do Serviço Social.

Neste grupo e em anexo a este projeto foram elaboradas as diretrizes de atuação do Serviço Social, que especificam, de forma clara e objetiva, a prática diária do assistente social nas UBSs. São estas diretrizes:

1. Dar parecer nos protocolos de exames complementares, medicamentos especiais, laqueaduras e vasectomias.
2. Emissão de parecer e acompanhamento das situações de negligência em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, Idoso, LOAS, etc.
3. Emissão de parecer para benefícios de passe livre, benefícios da Previdência Social. Documentação, entre outros.
4. Realizar atividades educativas em Sala de Espera, conforme Planejamento Local.
5. Mobilização Comunitária.
6. Contribuir na coordenação, elaboração, execução, supervisão do diagnóstico, perfil epidemiológico e social e planejamento local da Unidade de Saúde da Família (USF).
7. Articular intersetorialidade.
8. Desenvolver atividades com grupos.
9. Contribuir no desenvolvimento das ações na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde.
10. Democratizar as informações e o acesso aos programas das instituições, viabilizando a participação da população.
11. Atendimento domiciliar.
12. Atendimento individual.
13. Defender comportamento ético em relação aos valores culturais, econômicos e sociais da população.
14. Contribuir na efetivação do Controle Social e fortalecimento dos Conselhos de Saúde.
15. Trabalhar com grupo, na forma de garantir o direito ao acesso às informações e viabilizar a participação dos usuários, podendo inclusive contar com o apoio de outros profissionais quando de assuntos específicos (CASCAVEL, 2004).

Este grupo, ainda em vigor, tem buscado refletir e pontuar as ações do Serviço Social na Saúde e, de forma particular, nas Unidades Básicas de Saúde, embora algumas dificuldades

tenham sido enfrentadas, como, por exemplo, a participação efetiva de todos os assistentes sociais que atuam neste setor.

8 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

9 ESTRUTURANDO A METODOLOGIA DE PESQUISA

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral compreender a prática do profissional Assistente Social nas UBSs de Cascavel tendo presente as mudanças impostas pelo Movimento da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político para a práxis cotidiana do Serviço Social.

Para alcançar o objetivo optou-se pelos pressupostos teóricos metodológicos da abordagem qualitativa de pesquisa, sabendo-se que este método oferece uma análise aprofundada do fato investigado, levando em conta o contexto em que ele ocorre e as suas causas, pois:

Na pesquisa qualitativa há pouco empenho por definir operacionalmente as variáveis. Elas são apenas descritas e seu número pode ser grande, ao contrário do que apresenta o enfoque quantitativo, preocupado com a medida delas e a verificação empírica das hipóteses (TRIVIÑOS, 1994, p.132).

Com o intuito de se obter uma compreensão mais ampla sobre o objeto da pesquisa e tendo encontrado bibliografia que contemplasse apenas uma parte da pesquisa, utilizou-se como método específico o estudo exploratório, o qual, conforme Gil (1989), proporciona uma visão geral sobre o assunto que se busca investigar.

Para obter os dados da pesquisa utilizou-se a técnica do questionário, que “[..] é uma técnica de coleta de dados através de uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” (FERRÃO, 2003, p. 106). Escolheu-se esta técnica por ser mais viável

ao pesquisador, levando-se em conta as várias vantagens e, dentre as referidas por Lakatos (1991), uma maior abrangência de pessoas simultaneamente.

O questionário foi utilizado como técnica e como principal instrumento na coleta de dados para a efetivação da pesquisa, sendo este instrumento portador de inúmeras vantagens, como:

Economiza tempo, viagens e obtém grande número de dados, atinge maior número de pessoas simultaneamente, abrange uma área geográfica mais ampla, economiza pessoal, [...] obtém respostas mais rápidas e mais precisas, há maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato, há mais segurança, pelo fato de as pessoas não serem identificadas, há menos risco de distorção, pela não influência do pesquisador, há mais tempo para responder e em hora mais favorável, há mais uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento, obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis (LAKATOS, 1991, p. 201-202).

Para a aplicação do questionário, o meio utilizado foi via malote⁹, com comunicação e autorização prévia via telefone com cada um dos participantes da pesquisa, onde ficou acordado o completo anonimato, sem qualquer meio de identificação pessoal ou do local de trabalho. Neste sentido, identificaremos as UBSs que fizeram parte da pesquisa por letras do alfabeto.

Outra técnica utilizada na coleta dos dados da pesquisa foi a observação sistemática. Em relação a esta, os dados foram obtidos no processo de desenvolvimento do estágio supervisionado, realizado na Unidade Básica de Saúde XIV de Novembro no período de maio de 2006 a novembro de 2007. Os instrumentais técnicos utilizados na efetivação das técnicas supracitadas foram os relatórios e diário de campo produzidos durante o estágio e o questionário.

Os sujeitos da pesquisa foram os Assistentes Sociais da UBSs de Cascavel. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa utilizou-se da amostra aleatória simples com os seguintes critérios: ser UBS de área urbana pela facilidade de acesso dessa pesquisadora e possuir assistente social no local. Indo a campo, verificou-se que, das 23 UBSs da área urbana, 3 unidades foram descartadas por não possuírem Assistente Social. Verificou-se também que, das 20 unidades restantes, uma foi descartada porque a profissional se encontrava afastada por motivo de doença,

⁹ É o meio utilizado para correspondência entre os vários departamentos vinculados à prefeitura municipal de Cascavel, onde um funcionário da prefeitura passa em cada local com automóvel da entidade referida recebendo e entregando as correspondências.

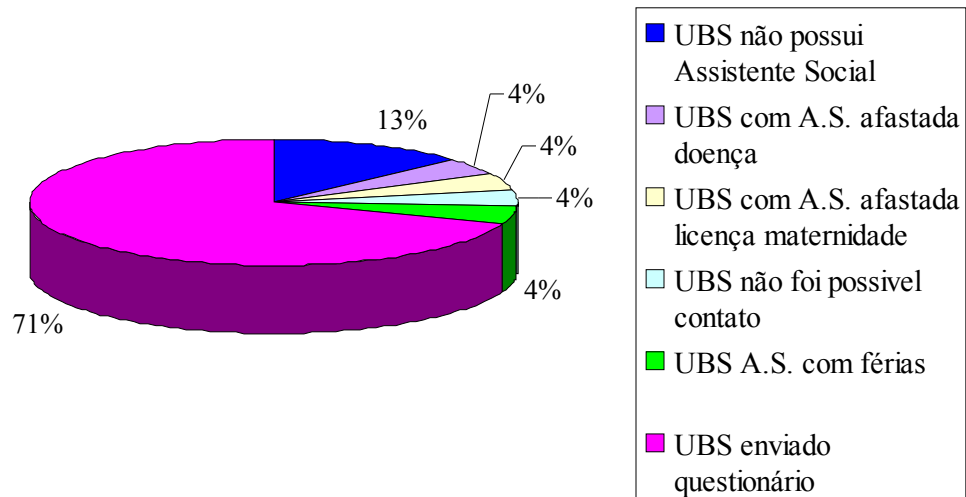
outra foi descartada porque a profissional estava de licença maternidade, com uma terceira não foi possível estabelecer o contato e uma quarta estava de férias, sobrando 16 assistentes sociais. Assim, o questionário só foi possível enviar para 16 assistentes sociais e, destes, apenas 9 retornaram com os dados solicitados, que passaremos a demonstrar através dos eixos elencados para a sua análise.

10 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

O objetivo deste item é conhecer melhor os sujeitos que participaram desta pesquisa. Ressalta-se que o interesse desta pesquisadora não foi de identificar aspectos da vida pessoal dos sujeitos, mas ressaltar aspectos referentes à formação profissional e meios utilizados para a implementação das suas atividades.

Como já mencionado anteriormente, para a realização desta pesquisa utilizou-se o questionário, preenchido por Assistentes Sociais que realizam o seu trabalho na área da Saúde no município de Cascavel, locados nas UBSs da área urbana somando um total de 23 unidades, das quais não foi possível aplicar o questionário a todas, uma vez que três delas não possuem profissional assistente social, em uma UBS a profissional está afastada por motivo de doença, em uma segunda UBS a assistente social está em licença maternidade, em uma terceira UBS a profissional estava de férias e em uma quarta não foi possível contato, portanto foi possível enviar o questionário apenas a 16 profissionais do Serviço Social, conforme observamos no gráfico a seguir:

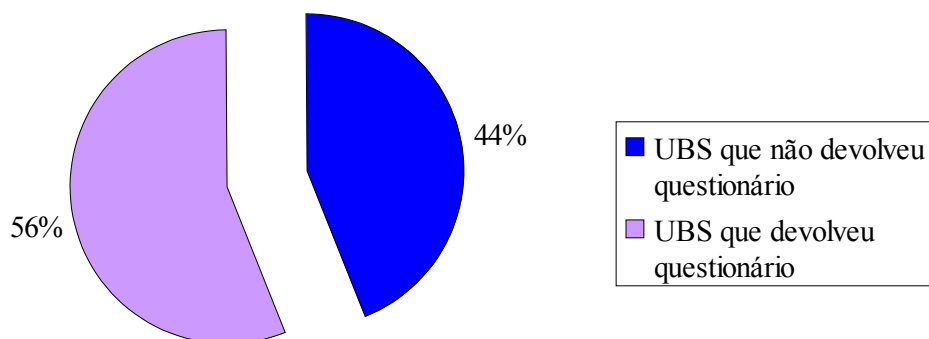
Gráfico 1: COMPOSIÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA



FONTE: Dados extraídos do questionário da pesquisa/2007.

Como se pode-se observar no gráfico acima, foi possível encaminhar o questionário à maioria das UBSs, o que possibilitou uma análise mais completa e condizente com a realidade pesquisada. Destes 16 questionários enviados, retornaram 9, conforme mostra o segundo gráfico:

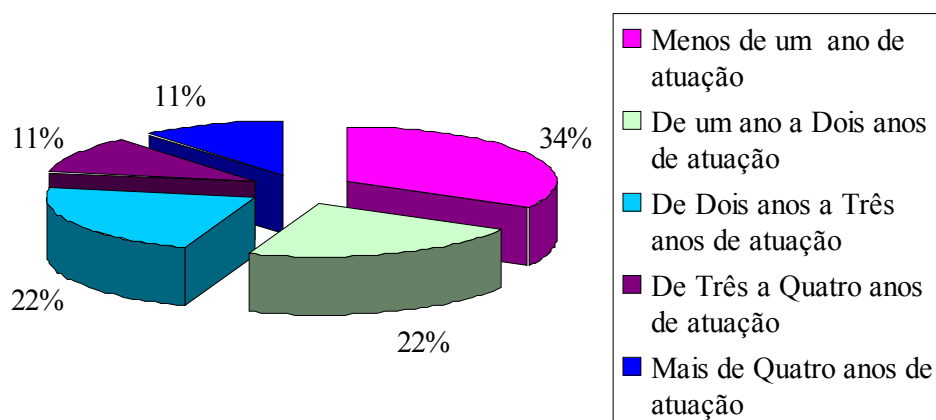
Gráfico 2: QUESTIONÁRIOS DEVOLVIDOS



FONTE: Dados extraídos do questionário da pesquisa/2007.

Foram, portanto foram devolvidos 56% dos questionários enviados, o que dará maior clareza nas respostas em relação ao objeto pesquisado. Aos participantes da pesquisa foi questionado sobre o tempo de atuação na UBS em que está atualmente locado, com o intuito de perceber o fator experiência e conhecimento na área. Destes dados obtemos a constatação de que, na sua maioria, os profissionais têm menos de um ano de atuação na UBS em que cada um está atualmente locado, e outra grande maioria tem de um ano a quatro anos de atuação, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 3: TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS

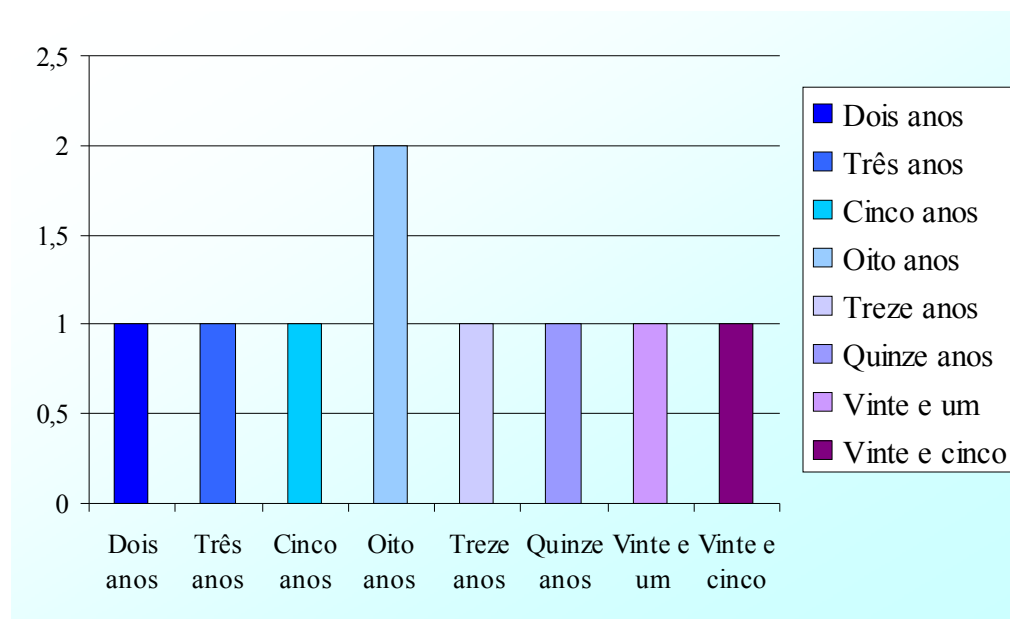


FONTE: Dados extraídos do questionário da pesquisa/2007.

Embora os dados indiquem o pouco tempo de atuação dos profissionais na UBS de atual locação, as respostas demonstram um vasto conhecimento do setor, reafirmando uma postura crítica e objetiva, por parte dos profissionais. O tempo de formação do profissional interfere na diversidade e na maneira de expor as respostas, no entanto convergem para um único objetivo, a defesa dos direitos dos usuários e a busca de emancipação destes. Neste sentido, em

relação ao tempo de formação, percebemos uma grande variação de tempo, sendo desde 2 anos até a 25 anos, conforme demonstrado no gráfico a seguir:

Gráfico 4: TEMPO DE CONCLUSÃO DO CURSO



FONTE: Dados extraídos do questionário da pesquisa/2007.

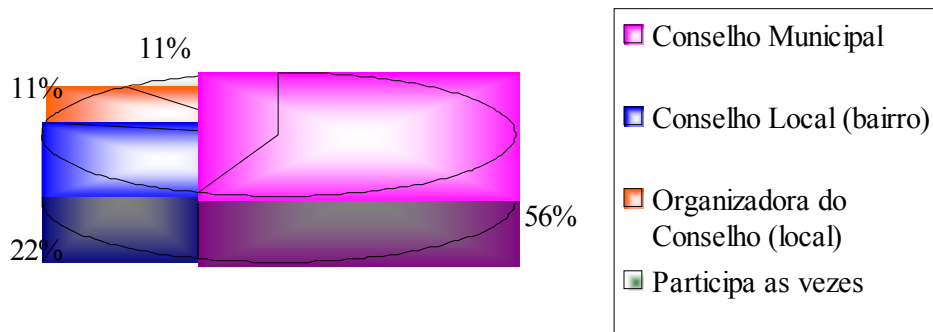
Esta variação de anos na conclusão de curso de graduação se dá de forma equilibrada em termos de proporção, com apenas uma variação maior referente a profissionais que já possuem 8 anos de conclusão na formação.

Os sujeitos da pesquisa também demonstraram uma preocupação em estar buscando atualizar-se profissionalmente, através de cursos de pós-graduação. Assim, têm-se Assistentes Sociais que responderam o questionário e, destes, 67% já cursaram uma ou mais especializações; 22% estão cursando especialização e somente 11% não cursou e/ou não está cursando especialização, no entanto está em fase de preparação.

Além de se aprimorar na formação através de cursos de pós-graduação, as Assistentes Sociais demonstraram a preocupação em buscarem atualizar-se em relação à política de Saúde e à prática profissional na área da Saúde. Para isto, buscam vários meios, como: audiências públicas; conferências; congressos; conselhos; cursos de capacitação; eventos relacionados à Saúde e à prática profissional; fôlder; grupos de estudos; internet; jornais; livros; materiais informativos vindo do Ministério da Saúde; palestras; periódicos; reuniões; revistas; seminários; simpósios; TV, etc.

Com relação às profissionais locadas nas UBSs de Cascavel, percebe-se, portanto, uma busca de um comprometimento maior com a profissão, através de várias estratégias e uma delas é a participação no Conselho de Saúde, seja ele municipal, ou local, no bairro a que a unidade pertence. Esta participação se dá tanto de forma passiva, como de forma ativa como membro do Conselho, e também como organizadora do mesmo. Vejamos os dados:

Gráfico 5: PARTICIPAÇÃO NOS CONSELHOS DE SAÚDE MUNICIPAL OU LOCAL/BAIRRO



FONTE: Dados extraídos do questionário da pesquisa/2007.

Como pode ser observado, há uma maior participação no Conselho Municipal de Saúde, mas o Serviço Social se faz presente também nos conselhos locais que ficam nos bairros, seja na organização, seja como membro do conselho.

No Município também são efetivados grupos de estudos que se propõem a aprofundar vários temas relacionados ao campo de trabalho do Serviço Social na área da Saúde. O espaço se constitui como momento de interação e troca de experiências entre os profissionais, levando-os a traçarem diretrizes para a sua prática profissional de acordo com o Código de Ética e a lei que regulamenta a profissão. Conforme a pesquisa realizada, os grupos de estudos existentes no município são: grupo de estudos dos profissionais assistentes sociais da Secretaria de Saúde; grupo de estudos de profissionais de Serviço Social (GEPSS) vinculados à Secretaria de Estado do Trabalho Emprego e Promoção Social (SETP); Grupo de estudo na área da Saúde da Décima Regional; grupo do Núcleo Regional de Serviço Social (NUCRESS); grupo de estudo de saúde mental.

Podemos inferir que os dados de ordem prática em relação ao Serviço Social na Saúde em Cascavel demonstram principalmente a preocupação destes profissionais em manterem-se informados e atualizados acerca da prática profissional. Isto lhes possibilita buscar estratégias de acordo com as demandas postas na realização das suas atividades, mas também as

leva a compreender os limites próprios da conjuntura posta pelo sistema capitalista de produção e as políticas neoliberais presentes no contexto histórico em que vivemos, e que influi diretamente no seu cotidiano profissional.

11 COMPREENSAO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL ACERCA DA POLÍTICA DE SAUDE

Neste item mostraremos quais os anseios, perspectivas e angústias vividas no dia-a-dia pelos Assistentes Sociais no seu campo de atuação, em relação à política de Saúde e os objetivos postos pelo SUS, bem como a preconização pela CF/88 de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assim como a realidade enfrentada no cotidiano destes profissionais.

Em relação à política de Saúde, podemos observar na fala a seguir que a mesma é seletista, com prioridade do aspecto curativo em detrimento do preventivo, estabelecido pela política do SUS. Além disso, a política apresenta um quadro deficitário de profissionais qualificados na área, bem como há deficiência de meios e de possibilidades de constante aperfeiçoamento:

A política de saúde, como todas as políticas públicas de um país capitalista em desenvolvimento como o Brasil, onde seus governantes buscam a manutenção e não a resolução dos problemas sociais, são seletistas priorizando o curativo, mais precisamente os casos emergenciais em detrimento do preventivo. Infelizmente aquela política nacional de saúde preconizada pela Constituição de 88 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção proteção e recuperação”, ou seja, a qual aparece como prioridade na Lei Orgânica da Saúde (LOS N° 8.080), não está sendo realizada como deveria, pois o Estado não oferece condições para tal, não disponibilizando profissionais suficientes, não incentivando o aperfeiçoamento profissional dos profissionais já existentes, bem como outras condições necessárias para a uma saúde coletiva mais voltada para prevenção. Mesmo com muita luta e força de vontade não está sendo possível garantir uma saúde preventiva de qualidade conforme estabelece a LOS. Como garantir saúde preventiva de qualidade se não temos a garantia de acesso sequer a saúde curativa e de qualidade (UBSc).

Neste sentido, quando se privilegia o aspecto curativo e não preventivo não se estabelece a qualidade posta pela Lei Orgânica da Saúde. Como podemos ver, está presente nas respostas, que o problema da política de Saúde deve ser entendido como algo histórico, e que traz consigo as marcas de uma conjuntura política corrompida, culminando na escassez de recursos financeiros, materiais e humanos somados a má administração dos mesmos, resultando em um SUS que só garante igualdade, integralidade e universalidade no papel, pois a prática reflete outra realidade, como podemos observar nas falas a seguir:

A política de saúde está buscando aprimoramento, pois com a “escassez de recursos financeiros”, “materiais” e “humanos” para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência, logo os baixos valores pagos ao SUS aos diversos procedimentos médicos hospitalar-ambulatoriais causa aumento de incidência e o ressurgimento de inúmeras doenças transmissíveis que podiam já ter sido erradicadas. Cabe salientar, que a complexa realidade hoje é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo político o qual envolve saúde/educação transporte e moradia. Assim sendo, é preciso avançar muito, talvez maior investimento a nível municipal, estadual e federal: a política de saúde tomará rumos melhores com certeza (UBSb).

Neste sentido, observa-se que, por conta desses problemas colocados, muitas das questões de Saúde no Brasil poderiam ser evitadas, como, por exemplo, a reincidência de doenças infecto-contagiosas que já deveriam estar erradicadas. No entanto, como observam as profissionais, a criação do SUS se constitui num grande avanço na área da Saúde, porém enfrenta muitos problemas na sua efetivação, dado o modelo econômico brasileiro que interfere na execução das políticas sociais:

O Sistema Único de Saúde – SUS significa um grande avanço, especialmente por garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Porém, enfrenta dificuldades em sua efetivação devido ao modelo econômico e governos que não priorizam as políticas sociais. Contudo, encontra-se em processo de construção e desafios como: a mudança do modelo assistencial, pois apesar de algumas estratégias, (PSF), o modelo atual é biomédico, baseado no curativo e demanda espontânea; mudança do modelo de gestão deixando de ser centralizador, autoritário para um modelo democrático, participativo e transparente; aplicação pelas três esferas de governos de recursos financeiros suficientes e política de recursos para o SUS, com formação voltada para saúde pública. Penso que a política de saúde municipal reflete a conjuntura nacional e estadual, ou seja, no discurso é tida como uma política que será

priorizada, porem, no cotidiano há um sucateamento e desmonte do SUS (UBSh).

Considero a legislação do Sistema Único de Saúde muito boa, garantindo direitos aos usuários. Sua aplicação, no entanto tem muitas limitações. A limitação dos recursos impede o atendimento integral da demanda. As parcerias entre Estados e Municípios colocam o usuário numa caminhada em busca dos direitos que às vezes só termina no judiciário (UBSi).

Como podemos observar, avanços importantes têm que ser considerados com a implantação do SUS, pois propõe a mudança de um modelo assistencial, para uma gestão mais democrática, participativa e transparente. Além disso, há a participação financeira das esferas Federal e Estadual que, somadas à esfera municipal, deverá contribuir para a sua efetividade no Município.

É consenso entre os profissionais, a urgência de um trabalho em conjunto entre União, Estado e Município e com a participação da população, conforme determina a Constituição Federal de 1988, através do controle social. No município reflete a política a nível nacional, que tem em sua estrutura deficiências que precisam ser erradicadas, como, por exemplo, o investimento em Saúde preventiva, a própria adesão do paciente ao tratamento, conforme relatos a seguir:

Apesar de todos os problemas existentes eu particularmente como trabalhadora da saúde percebo que na cidade de Cascavel a política de saúde tem realizado muito nesta área o que falta é um maior investimento na prevenção e promoção na saúde pública, mas principalmente o comprometimento e adesão dos pacientes ao tratamento, bem como a execução das outras políticas públicas, pois sem a execução das mesmas faz com que tudo culmine na saúde (UBSb).

Outro fator que compromete a Saúde está na falta de articulação entre as diversas políticas, que sem a aplicabilidade delas culminarão na falta de saúde, trazendo para as UBSs os problemas psicossociais dos usuários. Sobre isto vejamos a seguinte fala:

[...] Cabe salientar, que na complexa realidade hoje é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo político o qual envolve saúde/educação transporte e moradia (UBSe).

[...] Mas o que precisa realmente na área da saúde é a prevenção, pois as doenças que se evidenciam na maioria, não se originam da falta de recursos materiais, mas de ordem emocional, psicológica e outras, alimentação (UBSf).

A deficiente realidade da política de Saúde a nível nacional traz reflexos para o município, como a falta de estrutura física no atendimento a toda a população. Em Cascavel houve um significativo aumento da população nos últimos anos, mas não ocorreu, em contrapartida, o aumento suficiente na estrutura física e organizacional para atender a toda esta população. Como conseqüência, observa-se a falta de estrutura, falta que acarreta um atendimento deficitário, um grande número de demanda reprimida no campo curativo, ou seja, pessoas na fila de espera para internamentos, cirurgias, para a saúde mental, falta de medicamentos e filas de espera para consultas nas especialidades, conforme o relato a seguir:

No município de Cascavel a saúde não foge da realidade nacional, [...] o município apresenta um grande número de demanda reprimida no campo curativo (saúde mental, vagas no internamento hospitalar, falta de medicamentos, número reduzido de funcionários entre outros que afeta a saúde de todo o país) (UBSc).

Enquanto Profissional da área e ligada ao social a política da saúde está a priori bem, pois avançamos muito frente a outros municípios, é claro que ainda exemplo: temos filas para especialidades. Mas temos que compreendermos que a demanda é grande, hoje Cascavel está com uma população vasta e isto exige repensar investimentos maiores na área de saúde para darmos conta desta realidade, visto que a saúde no município sofreu e sofre influencia de todo o contexto político – social falo qual o Brasil enfrenta ao longo do tempo (UBSe).

Como ressaltam os profissionais, é preciso repensar como estão sendo utilizados os recursos na Saúde, como estão os investimentos, recursos estes de procedência da própria população através de impostos, uma vez que houve um importante aumento populacional e conseqüentemente da demanda.

O Serviço Social, conforme os dados, possui um importante papel neste sentido, e tem buscado no município conquistar o seu espaço, embora em relação à participação do Serviço Social na política de Saúde há certa discordância de opinião, pois há os que afirmam a efetiva

participação desses profissionais nesse espaço e os que afirmam que esta participação ainda não está acontecendo, ou que depende exclusivamente do gestor político:

Em Cascavel o Serviço Social de um modo geral tem conseguido garantir seu espaço nas decisões e nos campos de trabalho com avanços e retrocessos influenciados pelo momento político (UBSc).

Sim desde que seja de interesse de quem comanda! Nos Conselhos, Em programas que já vem direcionando ao Serviço Social (UBSd).

Atualmente, as decisões são centralizadas entre secretário e gerentes, às vezes os coordenadores de programas tomam parte das decisões. Contudo, o Serviço Social tem participado de decisões através do Conselho Municipal de Saúde onde possui vaga (UBSh).

Sim. Através da participação nas conferências realizadas no município (da saúde, da assistência social, da Criança e Adolescente, entre outras) Através de debates e presença na Câmara de Vereadores por implementação de salários e para implantação de Planos de Cargos Carreira e Salários (UBSi).

Observa-se, contudo, nos dados, que o Serviço Social busca participação nos conselhos e conferências, espaço propício de proposição e de levar as deficiências encontradas na prática da profissão, seja na área da Saúde, assistência social, criança e adolescente, entre outras. Outro espaço que oportuniza a participação dos assistentes sociais na defesa não só dos seus usuários por seus direitos, mas também pelo melhoramento de condições de trabalho para a categoria, bem como, melhor salário e implantação de planos de cargos e salários, é a Câmara Municipal, onde, com os vereadores, se realizam reuniões e debates acerca de vários temas.

Há, porém, há um trabalho em busca de um melhoramento tanto para o Serviço Social, na capacitação de funcionários, como para a população usuária dos serviços de Saúde, que vem ao profissional assistente social nas UBSs em busca da garantia dos seus direitos, seja na manutenção de programas, seja no investimento em novos programas em parceria com os governos estadual e federal, como é exemplo a implantação do SAMU e do SIATE. O município também dá a sua contrapartida investindo em infra-estrutura e em ampliação de disponibilização de exames complementares, conforme sinaliza a fala a seguir:

Considero conquistas a capacitação de funcionários, melhorando o atendimento aos usuários. A aquisição de insumos, melhorando as condições de trabalho e a manutenção de programas com o fornecimento dos medicamentos necessários. Outro ganho foi a implantação de programas fazendo parcerias com o Estado e a Federação: SAMU, SIATE, e o atendimento de ambulâncias do município. A melhoria do atendimento ao doente mental com implementação e implantação de Centros de Atendimento e a implantação de serviços psiquiátrico de urgência no PACI, Ampliação de serviços complementares como ECG, eco Doppler, mamografias e ecografias mostram a tentativa de atender de modo integral o usuário do Sistema Único de Saúde. A construção de Unidades Básicas de Saúde, a mudança da Secretaria Municipal de Saúde, oportunizam espaços mais adequados para o trabalho. Uma conquista é a forma como o Conselho Municipal de Saúde vem trabalhando, onde observamos avanços e por vezes limitações quando na falta de dados decisões são proteladas na tentativa de conhecer melhor um assunto e obter subsídios. Limitações existem, são verificadas no trabalho diário e também na evolução científica. Cabe ao gestor público, ao trabalhador de Saúde e à população investirem na mudança, no progresso, e na melhoria de condições de vida e de saúde (UBSi).

Apesar dos investimentos obtidos na área, como assinalam os profissionais, ainda há falhas que poderão ser sanadas através da articulação entre gestor público, profissional da Saúde e a população. A garantia do espaço profissional em quase todas as instituições de Saúde, bem como na coordenação de instituições e programas, a participação destes em grupos de estudos mostra-se, conforme os dados, que é caminho para o melhoramento do atendimento aos usuários dos serviços de Saúde, espaço de atuação do Serviço Social. Uma das conquistas destes profissionais foi o ingresso e a participação em eventos na área da Saúde, durante o horário de trabalho, conforme relato a seguir:

O Serviço Social na Saúde em Cascavel conseguiu garantir seu espaço com a presença de profissionais em quase todas as instituições de saúde, com coordenação de instituições e programas, garantia do grupo de estudos, participação em eventos da área no horário de trabalho, mais é claro que ainda temos muitas limitações políticas e profissionais a serem superadas através da luta constante da categoria (UBSc).

Através dessas falas percebemos que o Serviço Social tem na Saúde um grande desafio, como o de desenvolver estratégias que o levarão a conquista de seu espaço e reconhecimento da profissão, assim como a defesa árdua na concretização dos direitos dos seus

usuários mediante a efetivação dos princípios do SUS e na defesa dos princípios do seu projeto político-profissional enquanto assistente social.

12 ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NAS UBSs

Este item vai nos mostrar que, embora exista uma diretriz para o Serviço Social nas UBSs, diretriz que foi resultado de um grupo de estudo de assistentes sociais, a prática profissional não se restringe a isso, pois, dependendo da conjuntura local, pode ir além, assumindo também outras tarefas sociais. Nesse sentido, pode-se perceber, nas falas a seguir, que o Serviço Social realiza ainda atividades de educação em saúde e atividades de organização de grupos conforme a demanda apresentada, incentiva a organização e a implantação/implementação do conselho de Saúde local e conferências de Saúde local, de fundamental importância, e, enfim, promove a realização de pesquisas, para conhecimento e um maior entendimento da realidade das famílias, afim de detectar suas deficiências, para posterior intervenção, como podemos ver:

Organizar grupos de atividades de acordo com as demandas / Desenvolver atividades de educação em saúde / Realizar visita domiciliar, visando acompanhamento coletivo individual dos usuários / Realizar atendimento individual / Orientar e encaminhar os usuários para os protocolos de medicamentos especiais, medicamentos excepcionais, exames complementares, laqueaduras e/ou vasectomias, Contribuir na efetivação e fortalecimento do controle social, por meio do incentivo e contribuição na organização de Conselho Local de Saúde e Conferência local de saúde / Promover a mobilização comunitária / Democratizar as informações e o acesso aos programas viabilizando a participação da população / Participar da elaboração do Planejamento local de saúde / Contribuir no desenvolvimento das ações de capacitação dos trabalhos de saúde / Orientar e encaminhar usuários para atendimento e inserção em programas e benefícios sociais, Identificar as necessidades dos usuários e as condições sociais em que estão inseridos, interpretando junto à equipe, aspectos relevantes no âmbito social, Contribuir através do processo de pesquisa, com o conhecimento da realidade das famílias usuárias / Articular a intencionalidade / Emitir parecer e acompanhamento das situações de negligência em relação ao Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Loas, etc. / Defender o comportamento ético em relação aos valores culturais, econômicos e sociais da população / Coordenar programas e unidades básicas de saúde (UBSh).

[...] as mais freqüentes: visita domiciliar, atendimento individual, atividade em grupo, protocolo de medicamentos especiais, protocolo de exames não padronizados, visitas e acompanhamentos às DNVs de risco social, ou seja, recém-natos com risco social, protocolo de laqueadura e vasectomia, encaminhamento para outros profissionais da UBS (médicos, enfermeira, agente comunitária de saúde), encaminhamentos para outras instituições (referência e contra-referência), relatório de atividades, encaminhamentos ao conselho tutelar, projetos, avaliação do trabalho, registro diário das atividades no prontuário do usuário, relatórios e pareceres sociais (Ministério Público, Conselho Tutelar) (UBSc).

Educação em saúde nos grupos ou demanda espontânea/visitas domiciliares / DNV (Declaração de Nascido Vivo) / casos especiais / Atendimento individual aos usuários demanda espontânea ou agendados / Palestras instituições área de abrangência / Encaminhamento protocolos medicações não padronizado e exames complementares / Relatórios socioeconômicos / Encaminhamento para laqueadura tubária e vasectomia / Busca faltosos em programas da UBS / Trabalho com parcerias Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Família, etc... Agendamentos especiais: como alto risco (gestantes), CAPSI-A Centro de Atenção Psicossocial, UOPECAN/CEONC, CEDIP, CASM, CAPSAD, etc. (UBSe).

Temos ainda, conforme as entrevistadas, atividades de ordem organizacional e fonte de dados de produtividade para a instituição, informação que é posta a todos os profissionais na área de Saúde no município, que é o relatório mensal das atividades realizadas quantitativamente e posteriormente apresentadas à Secretaria de Saúde. O registro de atividades no prontuário do paciente, sobretudo o que foi realizado é um importante documento e acompanhamento deste, que deve ser feito pelo Serviço Social. O acompanhamento a recém-natos com risco social, através da realização de visita domiciliar e preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos, é outra atribuição posta ao profissional, e a busca de usuários participantes em programas que não têm comparecido a estes.

Em Cascavel, a assistente social, além de desenvolver as funções do Serviço Social, há dois casos em que a profissional também acumula a função de coordenadora, o que pode trazer, muitas vezes, limitações no desenvolvimento de sua prática, na visão de uma das profissionais e pode ser aumento de possibilidades para a prática profissional, como observa outra profissional. Dentre as atribuições da assistente social que está no cargo de coordenação destaca-se o dever de planejar, animar, incentivar, dirigir e coordenar planos de trabalho junto com equipe de profissionais sob a sua responsabilidade, o que resultará em efetividade no atendimento aos

usuários da unidade. O trabalho com a comunidade do bairro pertencente também é um aspecto importante, no sentido de contribuir para o crescimento da comunidade, conforme vemos na seguinte fala:

Funções como Coordenadora: Coordenar e dirigir a UBS / Prestar contas e informações a qualquer autoridade superior, sempre que isto for necessário / Planejar, animar, incentivar, encaminhar, dirigir, orientar e coordenar a execução do plano de trabalho junto com a equipe / Organização e distribuição das tarefas executadas pela equipe / Auxiliar e dar suporte em tudo o que a equipe necessita para o bom desenvolvimento do nosso trabalho dando, assim, resolutividade ao nosso paciente / Convocar, preparar e coordenar as reuniões de equipe / Registrar, em ata, a participação, o conteúdo e os encaminhamentos das reuniões da equipe como demais atividades executadas na UBS e na comunidade / Animar, incentivar o trabalho a ser desenvolvido junto a escola, CMEI e demais órgãos locais da comunidade / Colaborar com a comunidade (implementação de estratégias que venham minimizar os aspectos negativos identificados, assim como solidificar os positivos de forma contínua) / Incremento do “feedback” junto aos segmentos envolvidos no processo (equipe, paciente) / Elaborar relatórios e outros documentos / Formar parcerias com as Universidades e demais profissionais (UBSb).

É importante ressaltar que a coordenação tem como dever a busca de parcerias com outras instituições e universidades, para o enriquecimento do trabalho realizado na UBS. Algumas atividades são comuns para todas as UBSs, enquanto outras são desenvolvidas somente em algumas, o que, em cada caso, vai depender da demanda, da autonomia da assistente social na unidade, bem como se exerce a dupla função de assistente social e coordenadora da unidade.

13 A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NAS UBSs

O objetivo deste item é perceber a atuação do Serviço Social em Programas e Projetos nas UBSs de Cascavel, seja em elaboração, execução, implantação, coordenação ou avaliação dos mesmos programas e projetos. São vários os projetos e programas oferecidos à população através da Secretaria de Saúde de Cascavel, porém nem todos são efetivados nas UBSs. Um exemplo é o

Programa de Redução de Danos¹⁰. De modo geral, no entanto, os programas e projetos desenvolvidos nas UBSs estão em conformidade com as falas a seguir:

Programa HiperDia (atendimento aos hipertensos e diabéticos), Programa de Atendimento às Gestantes, Pesagem do Programa Leite das Crianças, Programa Pesagem da Bolsa Família (UBSb).

Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa de Planejamento Familiar, Programa de Prevenção do Câncer de Mama e de Útero, Programa de Prevenção do Diabetes e Hipertensão, Programa Nacional de Imunização, Programa de Saúde Mental, Programa Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde Bucal, Programa Ninar, Programa de Puericultura, Programa de Climatério (UBSh).

Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Programa de Humanização e Atendimento à Gestante. Programa NINAR. Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional. Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase. Programa Nacional de Imunização. PNI. SIM Sistema de Informação de Mortalidade. SISNAN Sistema Nacional de Agravos e Notificações. Programa de Planejamento Familiar. Programa de Atenção ao Doente Mental (UBSi).

Há que se ressaltar, conforme os dados da pesquisa, que nem todos os programas e projetos citados fazem parte das atividades desenvolvidas em todas as UBSs, no entanto, nas atividades do dia-a-dia, de uma forma ou de outra, o Serviço Social acaba se envolvendo em todos os projetos e programas que estão implantados na unidade, embora, por vários motivos, não consiga participar ativamente de todos, como podemos ver nas respostas que seguem:

Hipertensos, diabéticos, gestantes, bolsa família e leite das crianças, planejamento familiar (UBSa).

Planejamento Familiar: reuniões, HiperDia: atividades mensais, Sis-pré-natal e acompanhamento se necessário, PACS: trabalho em parceria (UBSc).

Programa HiperDia, Programa de atendimento às gestantes (UBSb).

¹⁰ Este Programa tem sua sede no Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias (CEDIP).

Acrescente-se que, de acordo com a disponibilidade em seu horário de trabalho, as assistentes sociais, além de participar dos projetos, estão na coordenação destes. Salienta-se também que, em alguns casos, além de exercer o cargo de assistente social na unidade, também exerce a coordenação da mesma unidade, e, muitas vezes, como salientado por uma das entrevistadas, essa coordenação toma boa parte do seu tempo, conforme relata a profissional:

[...] devido a coordenação absorver quase todo o meu tempo, sobra apenas para a participação do conselho local e atividades diárias, como visitas domiciliares e reuniões (UBSd).

[...] Há aproximadamente dois anos que estamos solicitando mais um profissional, mas até o momento não obtivemos uma resposta positiva (UBSd).

O Serviço Social, através de sua prática nos diferentes projetos e programas existentes na UBS, muitas vezes, em condições precárias de trabalho, busca a defesa dos seus princípios fundamentais, expressos no seu Código de Ética, como: liberdade, direitos humanos, cidadania, democracia, justiça social, eliminação do preconceito, garantia do pluralismo, para garantir o seu compromisso com o usuário, de qualidade dos serviços prestados e competência profissional.

14 O SERVIÇO SOCIAL E A CONQUISTA DO SEU ESPAÇO PROFISSIONAL NAS UBSs

Neste item vamos perceber a dimensão de conquista dos assistentes sociais em relação ao espaço profissional, no reconhecimento da profissão pela população, por outros profissionais e pelo gestor da instituição. Algumas UBSs não possuem, no entanto, infra-estrutura para a realização do trabalho, como, por exemplo, sala de atendimento e telefone. Outras dificuldades são a ausência de trabalho em equipe interdisciplinar, falta de planejamento local e a falta de conhecimento sobre o SUS, tanto dos profissionais como dos próprios usuários. Em relação a estes aspectos observamos as falas que seguem:

Precárias condições de trabalho: falta de sala para atendimento, móveis, telefone, carro, baixa remuneração, redução dos programas e benefícios sociais, ausência do trabalho de equipe interdisciplinar, ausência de planejamento local de saúde, precário controle social, ausência de trabalho intersetorial, modelo de saúde centrado no atendimento à demanda, desconhecimento do SUS pelos usuários e trabalhadores, ausência de reconhecimento profissional (UBSh).

Falta de autonomia nas decisões; falta de condições físicas e materiais; falta de conhecimentos de seus direitos por parte dos usuários; outros profissionais opinando nas nossas decisões; falta de reconhecimento como profissional de saúde; etc. (UBSa).

Um aspecto importante ressaltado pelas entrevistadas é a falta de autonomia de alguns profissionais para decisões na realização das suas atividades, o que leva outros profissionais a opinar em atribuições privativas do Serviço Social. Também é ressaltado, por uma das entrevistadas, a falta do reconhecimento do Serviço Social como profissional habilitado para compor a equipe da Saúde.

Em relação às perspectivas e angústias em relação atuação do serviço social, enquanto prática de emancipação e de democratização dos direitos da população nas UBSs, podemos observar nas falas que seguem. Como perspectivas, observamos o intuito de mostrar à população que a Assistência Social é uma política pública que traz a garantia de direitos, que o Serviço Social enquanto profissão deve acreditar na possibilidade de mudança nas políticas públicas e na expansão da profissão para outras políticas, como, por exemplo, educação, meio ambiente e habitação. Como angústias elencadas estão o objetivo de acabar com o assistencialismo que está em detrimento da construção da cidadania, e a autonomia na efetivação de ações que não sejam apenas aquelas determinadas pelo Estado, assim como desburocratização das ações, agilizando encaminhamentos que muitas vezes demoram dias, meses e anos:

Perspectiva: Que o Serviço Social possa cada vez mais mostrar à população que a Assistência Social é uma política pública de atuação e defesa e garantia de direitos. Angústia: Acabar com o assistencialismo, pois com o assistencialismo não há garantia de cidadania, pois o acesso às condições plenas e dignas das pessoas é conseguido através do favor, ou seja, à espera da boa vontade e interesse de alguém, na maioria das vezes ou quase sempre com interesses políticos (UBSb).

As perspectivas que como assistentes sociais temos que acreditar na possibilidade de mudanças nas políticas públicas, a maior angústia refere-se às faltas de visões dos governantes em relação a estas. Tendo uma visão arcaica do que realmente o serviço se propõe, dentro do cenário político, social, econômico e ambiental. A atuação do assistente social na maioria das vezes está atrelado ao que o Estado e o município oferecem (UBSd).

Perspectiva é de expansão da atuação do Serviço Social em várias áreas como: Educação, Habitação, Meio ambiente, a verdadeira angústia talvez seja a lentidão para dar respostas a inúmeros casos que aguardam há dias/meses ou ano uma possível solução (UBSb).

A principal perspectiva é que nós, assistentes sociais, tenhamos mais reconhecimento e autonomia (UBSa).

Dentre as perspectivas das assistentes sociais está a superação de todas as dificuldades postas no desenvolvimento da prática, possibilitando assim à comunidade usuária a emancipação e uma nova perspectiva sobre os direitos conquistados. Há também a preocupação com a formação acadêmica, que vem sofrendo alterações em relação ao projeto ético-político-profissional, a lei que regulamenta a profissão e as diretrizes curriculares, bem como preocupações manifestadas em relação aos projetos pedagógicos de algumas faculdades particulares e principalmente nos cursos de graduação a distância, que podem acarretar em limitações para a prática profissional, como assinala a fala que segue:

Perspectivas em relação ao meu trabalho na UBS é que as dificuldades citadas anteriormente sejam superadas e que a qualidade do serviço prestado à comunidade possibilite aos usuários a emancipação e uma nova visão de mundo e do serviço social como um direito de todos. As angústias estão mais em relação à profissão de Serviço Social. Temo pela qualidade de ensino nas faculdades privadas e principalmente [das faculdades de ensino] a distância que vêm ganhando espaço em nosso país. Tanta luta pelo reconhecimento da profissão pode ser perdido com a desqualificação profissional, resultado na sua desvalorização e perda de espaço (UBSc).

É consenso entre os profissionais entrevistados que a formação profissional é de suma importância, uma vez que as bases teóricas trarão as diretrizes no agir profissional. A qualificação inadequada poderá, portanto, acarretar sérios prejuízos para o Serviço Social enquanto categoria. É preciso, outrossim, retomar cada dia o caminho percorrido e confrontá-lo com a realidade, na

busca incessante de caminhos que respondam aos novos desafios postos para a profissão e na coletividade encontrar as soluções mais adequadas para o momento.

CONCLUSÃO

Considerando o objetivo delineado no início desta pesquisa que era entender os limites e as possibilidades da prática profissional do Serviço Social nas UBSs de Cascavel,

observando os objetivos do SUS e do Projeto Ético-Político do Serviço Social de 1990, podemos inferir que o objetivo foi alcançado, pois os dados da pesquisa mostraram que a prática profissional do Serviço Social nas UBSs de Cascavel, desde a sua implantação, tem paulatinamente conquistado o seu espaço. Na Saúde, em particular, o Serviço Social está presente em quase todas as instituições, seja em projetos, programas, em conselhos municipais ou locais nos bairros, em conferências e outros eventos, como participante ou como organizador, na coordenação de projetos e programas de UBSs e a nível institucional.

Apesar do reconhecimento profissional, ocorre, no entanto, que, no desempenho diário do seu trabalho, o assistente social na Saúde tem encontrado algumas dificuldades, como, por exemplo, os avanços e retrocessos que enfrenta conforme o gestor que está na instituição, a falta de autonomia em alguns casos, ausência de infra-estrutura adequada para o desenvolvimento da sua prática, falta de profissionais de Serviço Social para atendimento à demanda adequadamente e o não-reconhecimento do Serviço Social como membro integrante da equipe de Saúde.

Como vimos no corpo teórico, a Saúde vem passando ao longo da história por embates e lutas para a sua concretização como política pública, portanto como um direito universal. Até a Constituição Federal de 1988 a Saúde no Brasil seguia o modelo de privilegiamento do produtor privado, ou seja, só garantia o atendimento aos trabalhadores formais, sendo que os que não pertenciam a este grupo eram atendidos somente pelas Santas Casas de Misericórdia, pela caridade ou postos de Saúde.

O acesso à saúde como direito universal e gratuito garantido em lei, a partir da Constituição Federal de 1988, é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e da sociedade civil organizada. Foi uma caminhada longa, assídua e persistente, com a realização de vários eventos. O principal deles foi, sem dúvida, a VIII Conferência da Saúde, considerada como pré-constituente no sentido de apresentar verdadeiras mudanças para a Saúde, até chegar à Assembléia Constituinte e ser aprovada a Reforma Sanitária.

Não foi uma conquista fácil, pois mesmo com a implantação do SUS na Constituição Federal de 1988, na prática esta garantia do direito universal à saúde estaria sujeita a entraves. É com a entrada do neoliberalismo no Brasil, o qual transfere ao setor privado a responsabilidade do Estado referente à economia e ao social, que a saúde, entrando na lógica do mercado, passa a

ter caráter focalizado e de privatização, deixando ao Estado o atendimento somente a quem precisa.

Conclui-se que as conquistas obtidas pelo movimento de Reforma Sanitária e garantidas pela CF /88, e posteriormente regulamentadas pela LOS, vêm sofrendo desmanche com o projeto neoliberal, o qual prevê que cada indivíduo vele pelo seu bem-estar social ao invés de se ter a garantia do Estado. É perceptível isto nas falas das assistentes sociais quando se posicionam em relação à política de Saúde no Brasil e no município. Ou seja, o reflexo de toda uma conjuntura nacional de política de Saúde de um país capitalista em desenvolvimento, que visa à manutenção e não à solução dos problemas de ordem social, sendo altamente seletivo, reflete nas ações a nível estadual e municipal.

O Serviço Social, inserido na história, sofre os embates desta conjuntura, e busca refletir e ampliar o debate teórico em volta do seu Projeto Ético-Político e, a partir daí, delinear novos rumos para a profissão. É na década de 1980, onde paralelamente o Brasil está passando por um momento histórico político e econômico de grandes mudanças, que o Serviço Social enquanto categoria busca na teoria social de Marx imprimir uma direção ao pensamento e às respostas do agir profissional mediante as demandas da questão social. A mudança só se concretizará, no entanto, em 1993< com reformulação do Código de Ética, a aprovação da lei que regulamenta a profissão e a implantação das novas diretrizes curriculares.

O Serviço Social, mesmo não estando articulado ao Movimento da Reforma Sanitária, identifica nele e no SUS princípios que a categoria vem construindo coletivamente desde 1980, e sente profundamente a tensão entre os seus princípios estabelecidos no Projeto Ético-Político Profissional e o projeto neoliberal.

Tendo como característica ser um profissional que defende os direitos humanos, percebe que estes estão sendo deturpados e violados, quando, por exemplo, se dificulta o acesso à saúde, através da burocratização no atendimento. Esta realidade é perceptível, de forma clara e unânime, nas respostas dos questionários feitos pela pesquisa, às assistentes sociais, que vivenciam este aspecto no desenvolvimento de seu trabalho diário.

A Saúde, a partir dos princípios sanitaristas postos na Constituição Federal pela implantação do SUS e regulamentado pela LOS e as NOBs do SUS, tem um grande desafio, o de concretizar plenamente cada um dos seus princípios, a partir do tripé de sustentação do SUS: a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. Isto poderá ser possível através

do conhecimento desses princípios, tanto por parte dos trabalhadores da Saúde como por parte dos seus usuários. Outro fator importante é a articulação entre outras políticas sociais, como a econômica, habitação, etc. e a política de Saúde, pois a deficiência delas acarretará aumento da demanda na Saúde. É importante ressaltar o investimento na Saúde, que será resultado de um gerenciamento transparente e democrático dos recursos financeiros e materiais para a Saúde, que estarão em consonância com a dinâmica participação e junção da União, Estado e Município, uma vez que estes recursos são frutos de impostos pagos pela própria população.

O Serviço Social acompanha de perto estes fatores políticos e econômicos, interferindo ativamente através da sua prática, na efetiva participação na vida da população, tendo como meio os conselhos de saúde do município, e conselhos locais nos bairros. Em Cascavel, a pesquisa nos mostra que os profissionais do Serviço Social na Saúde não estão à margem desta luta. Sendo assim, comprometidos com o Projeto Ético-Político Profissional e os objetivos do SUS, garantem a sua participação em eventos, em grupos de estudos e no aperfeiçoamento profissional, para, de forma criativa, buscar estratégias na defesa da emancipação dos seus usuários e na garantia democrática dos seus direitos.

Percebe-se, portanto, que os desafios postos ao Profissional de Serviço Social na Saúde são muitos, porém é preciso que ele esteja atento às demandas que se apresentam no dia-a-dia, e, atualizando-se em relação ao Projeto Ético-Político Profissional, busque tornar concreto o direito à saúde gratuita, na universalidade, igualdade, equidade, resolutividade, integralidade e com a participação da comunidade. Desta forma o seu agir profissional estará em consonância com a defesa dos direitos humanos postos no seu Código de Ética, e a sua prática será feita de forma efetiva e com qualidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BALERA, Wagner. **Noções preliminares de direito previdenciário**. São Paulo: Quartier Latin, 2004.

BHRING, Elaine Rossetti. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: **Capacitação em serviço social e política social** – Módulo 3 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância, 2000, p.21-37.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

_____. **Notas Metodológicas da Organização do Sistema de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/orgsis/notas.cfm>>; acesso em: 01/out/2007).

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social, saúde. In: **Capacitação em serviço social e política social** – Módulo 3 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância, 2000, p.105-135.

_____, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Serviço social e sociedade**. n° 88, São Paulo: Cortez, p. 75-97, 2006.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CABRAL, Maria do Socorro Reis. As políticas brasileiras de seguridade social, previdência social. In: **Capacitação em serviço social e política social** – Módulo 3 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância, 2000, 120-135.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do sistema único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. In: **Serviço Social e Sociedade**. n° 87, São Paulo: Cortez, 2006, p. 133 – 181.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CASCADEL. Secretaria Municipal de Saúde **Troca de experiência dos profissionais do serviço social das unidades básicas e equipes saúde da família da secretaria municipal de saúde de Cascavel**. 2004.

_____. **Secretaria municipal de saúde**. Disponível em: <www.cascavel.pr.gov.br>. Acesso em: 22/abr/ 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2006 – 2009**. 2006.

CRESS, Conselho Regional de Serviço Social 11ª Região. **Colêtnia de Legislações: Direitos de Cidadania**. Edição especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais, Curitiba: Gráfica Capital Ltda, 2003, p. 6-72.

CUNHA, Rosani Evangelista da. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social – Módulo 4 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância**, 2000, p.89-101.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em serviço social e política social – Módulo 3 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância**, 2000, p. 43-151.

FERRÃO, Romário Gava. **Metodologia Científica para iniciantes em pesquisa**. ES: Unilinhães/Incaper, 2003. p. 76-106.

FERRAZ, Terezinha. **O processo de implantação do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde de Cascavel**. Trabalho Monográfico (Especialista em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Toledo, 2005.

FERREIRA, Ivonete Salete Boschetti. Assistência Social. In: **Capacitação em serviço social e política social – Módulo 4 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância**, 2000, p.139-151.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 17. ed. São Paulo: Cortez; Lima, Peru: CELATS, 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações estatísticas por município**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>; acesso em: 30/nov/2007.

LACERDA, Eugênia. **O SUS e o controle social: guia de referencia para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. Fundamentos de Metodologia Científica. 3 ed. Ver. e ampl.. São paulo: Atlas, 1991, p.201-213.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LESBAUPIN, Ivo (Org.). **O desmonte da nação: balanço do governo FHC**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MATOS, Maurílio Castro de. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**. nº 74, São Paulo: Cortez, 2003, p. 85-115.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviço de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

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**. nº 87, São Paulo: Cortez, p. 133-181, 2006.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 15-81.

PARÁ. **SUS – Sistema Único de Saúde. Aspectos Gerais**. Disponível em: < http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm>; acesso em: 11/jul/2007.

PEREIRA, Ptyara Amazoneida Pereira. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: **Capacitação em serviço social e política social – Módulo 1 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância**, 1999, p.47-57.

RODRIGUES NETTO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle social em saúde e cidadania. In: **Serviço Social e Sociedade**. nº 74, São Paulo: Cortez, p. 69-82, 2003.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, p.120-133.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Diretrizes do Serviço Social do HU**. Disponível em: < <http://www.hu.ufsc.br/~social/diretrizes.htm>>; acesso em : 15/out/2007.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____, Evaldo. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

WIKIPEDIA. **Estado do bem-estar social**. Disponível em:< <http://pt.wikipedia.org/wiki/Estado-provid%C3%Aancia>>; acesso em: 20/set/2007.

YASBEK, Maria Carmelita. Os fundamentos do serviço Social na contemporaneidade. In: **Capacitação em serviço social e política social** – Módulo 4 – Brasília: UNB Centro de Educação à Distância, 2000.

APÊNDICE

Questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa:

- 1- Qual UBS que você atua?
- 2- Quanto tempo atua nesta UBS?
- 3- Há quanto tempo concluiu a formação, graduação em Serviço Social?
- 4- Possui alguma especialização, mestrado ou doutorado? Em que área?
- 5- Em que área já atuou?
- 6- Qual meio utiliza para manter-se informada sobre a saúde e a profissão?
- 7- Participa do Conselho de Saúde do Município?
- 8- Participa de algum grupo de estudo na área da saúde?
- 9- Quais as atribuições do Serviço Social nas UBS de Cascavel?
- 10- Como você vê a política de saúde de modo geral, a nível de país e Estado?
- 11- Como você vê a política de saúde no município de Cascavel?
- 12- Quais suas atividades/responsabilidades na UBS que atua?
- 13- Quais Projetos e Programas realizados na UBS?
- 14- Quais são os Projetos e Programas desenvolvidos na UBS que você participa?
- 15- Quais são os Projetos e Programas desenvolvidos na UBS que você coordena?
- 16- Quais dificuldades que você encontra no desenvolvimento das atividades realizadas pelo Serviço Social?
- 17- Quais suas principais perspectivas e angústias em relação ao Serviço Social e sua atuação na política da saúde hoje?
- 18- O Serviço Social na saúde tem garantido seu espaço em decisões de programas e projetos governamentais? Como?
- 19- Quais os limites e possibilidades das conquistas realizadas na área da saúde no município de Cascavel?